This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

ANNALES
D'OCULISTIQUE,

PUBLIÉES

par le docteur Florent CUNIER,

CHEVALIER DE L'ORDRE MILITAIRE DE LÉOPOLD,
MÉDECIN-OCULISTE DE LL. AA. RR. LE DUC DE BRABANT ET LE COMTE DE FLANDRE,
CHIRURGIEN EN CHEF DE L'INSTITUT OPHTHALMIQUE DE LA PROVINCE DE BRABANT,
ANCIEN MÉDECIN MILITAIRE, MEMBRE DES ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS DE MÉDECINE D'AMSTERDAM, ANGERS,
ANVERS, ATHÈNES, BADEN, BARCELONE, BATAVIA, BERLIN, BORDEAUX, BRESLAU,
BRUGES, BRUXELLES, COPENHAGUE, COROGNE, DRESDE, ERLANGEN, GAND, HALLE, HAMBOURG,
HEIDELBERG, HOORN, IENA, LEIPSIC, LIÉGE, LISBONNE, LONDRES, LYON,
MADRID, MALINES, MONTPELLIER, NANTES, NOUVELLE-ORLÉANS, PALMA DE MALLORCA,
PARIS, POITIERS, PUERTO DE SANTA-MARIA,
RIO-DE-JANEIRO, ROTTERDAM, SARAGOSSE, STRASBOURG, VALENCE,
VERVIERS, VIENNE, ETC.

Quatorzième Année.

TOME XXV.

3e SÉRIE. — TOME 1er.

BRUXELLES,
CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,
22, RUE DES COMÉDIENS;

A PARIS,
CHEZ GERMER BAILLIÈRE, 17, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

1er SEMESTRE 1851.

BOSTON MEDICAL LIBRARY
APR 3 1922

LISTE DES COLLABORATEURS.

APR 4 1922

ANGLETERRE.

MM. Lawrence, à Londres. Mackenzie, à Glasgow. Wilde, à Dublin.

AUTRICHE.

MM. Gulz, à Vienne. Piringer, à Grätz.

BADEN.

MM. Chelius, à Heidelberg. Scherrer, à Constance.

BAVIÈRE.

MM. Heyfelder, à Erlangen. Textor, à Würzbourg.

BELGIQUE.

MM. Ansiaux (le professeur N.) et Ansiaux (Jules), à Liége. Bastings, à Bruxelles. Binard, à Malines. Buys, à Bruges. Burggraeve, à Gand. Decondé, à Liége. Fallot, à Bruxelles. Gouzée, à Anvers. Hairion, à Louvain. Henrotay, à Bruxelles. Jans, à Peer. Loiseau, à Namur. Meynne, à Mons. Smits, à Bruxelles. Stiévenart, à Mons.

DANEMARCK.

M. N.-G. Melchior, à Copenhague.

ESPAGNE.

MM. Escolar, à Madrid. De la Mota, à Medina-Sidonia. Fontan, à Jerez.

FRANCE.

MM. Bouchacourt, à Lyon. Bouisson, à Montpellier. Lucien Boyer, Caffe, Desmarres et Deval, à Paris. H. Duval, à Argentan. Furnari, à Paris. Gaillard, à Poitiers. Guépin, à Nantes. Magne, à Paris. Mazade, à Anduze. Mirault, à Angers. Pamard, à Avignon. Pétrequin, à Lyon. Serre (d'Uzès), à Alais. Sichel, à Paris. Stoeber, à Strasbourg. Tavignot et Velpeau, à Paris.

HOLLANDE.

MM. Hendricksz (W.), à La Haye. Kerst, à Utrecht. Sebastian, à Groningue. Snabilié, à La Haye. Van den Broeck, à Utrecht.

PRUSSE.

MM. Andreae, à Magdebourg. Blasius, à Halle.

RUSSIE.

M. Vanzetti (le professeur), à Karkov.

SAXE.

MM. Ammon (le chevalier d'), Baumgarten, Beger et Warnatz, à Dresde.

SUISSE.

MM. Cornaz, à Neuchâtel. Maunoir (le professeur), à Genève. Rau, à Berne.

TURQUIE.

MM. De Hubsch et Rigler, à Constantinople.

WURTEMBERG.

M. G. Hoering, à Heilbronn.

IMPRIMERIE DE G. STAPLEAUX.

ANNALES
D'OCULISTIQUE.

Tome XXV. — 5e série, Tome Ier. — 1re, 2e et 3e livraisons.
31 JANVIER, 28 FÉVRIER ET 31 MARS 1851.

APR 3 1922

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'HYPERCHROMATOPSIE;

par le docteur ÉDOUARD CORNAZ (de Neuchâtel, en Suisse).

« Je ne doute nullement que les phénomènes
» que je vais décrire ne se rencontrent
» chez d'autres personnes. »
G.-F.-L. Sachs.

Quand on parcourt les nombreux traités d'ophthalmologie qui ont paru à la fin du siècle passé, ou dans celui-ci, on est tenté de croire que rien n'a pu échapper aux investigations de leurs auteurs, tant les maladies et les anomalies oculaires viennent s'y présenter en grand nombre; cependant, ceux qui suivent avec attention les travaux spéciaux d'oculistique, qui paraissent journellement dans les divers journaux ou recueils scientifiques, constatent, de temps en temps, de quelle utilité il peut être de rappeler à l'attention des observateurs des affections oculaires dont la découverte était restée inaperçue des auteurs. C'est dans le but, non de présenter des faits nouveaux, non d'offrir à mes confrères une découverte, mais d'attirer l'esprit des observateurs sur une anomalie de la vision, mentionnée pour la première fois par le docteur albinos Sachs (1), trop tôt enlevé à la science, que je me décide à publier les quelques notes suivantes : si elles peuvent amener quelques communications nouvelles sur l'hyperchromatopsie, j'aurai rempli la tâche que je me propose.

Quant au nom que j'ai donné pour titre à cet article, je l'ai proposé, faute d'autre, dans un précédent travail (2), en ces termes : « Cette abnormité me paraît opposée à la chromatodysopsie; ce serait

(1) Dans l'ouvrage mentionné ci-dessous.

(2) *Des abnormités congéniales des yeux et de leurs annexes*, Lausanne, Bridel; Paris, J.-B. Baillière; Berne, Huber et Ce, 1848, 8o, p. 150.

« en quelque sorte une hypéresthésie du « *sens des couleurs* », et je pro-
« poserais de lui donner le nom d'hyperchromatopsie (perception de trop
« de couleurs). »

Cette expression ayant été dès lors reproduite par le professeur É. Wartmann (de Genève), et n'ayant été blâmée dans aucune des trois critiques (1) de ma monographie qui me sont parvenues, je la conserve, sans toutefois tenir à son adoption : elle me paraît exprimer assez bien l'état dont elle doit donner une idée ; cependant je suis prêt à l'abandonner, dès que l'on en aura proposé une plus convenable. Que s'il m'était permis de rappeler le beau travail du jeune agrégé d'Erlangen en donnant son nom à cette anomalie de la vision, comme celui de Dalton a été imposé à la dyschromatopsie, je le ferais volontiers : mais je ne voudrais point me conformer à ce genre de nomenclature, qui n'a guère d'antécédents pour elle dans la science, et cela d'autant moins, que le nom de Sachs pourrait être revendiqué avec plus de droit pour l'albinisme ou leucose congéniale.

Je définirai l'hyperchromatopsie comme étant cette anomalie dans la vision, qui rattache des idées de couleurs à un grand nombre de classes d'objets, qui n'offrent aucun rapport avec celles-ci pour un œil dont la vision est saine. Ces objets sont spécialement ceux qui forment des séries, et très-particulièrement les lettres de l'alphabet.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer que, dans l'état actuel des communications sur l'hyperchromatopsie, je ne puis songer à vouloir en faire la monographie ; en effet, les sources que j'ai pu consulter sont très-peu nombreuses (2) ; ce sont :

1° La monographie déjà citée de Sachs (Georg.-Tob.-Ludovic.), *Historiae naturalis duorum leucaethiopum particulae duae.* Erlang., 1812, 8°, pp. 81 et suivantes ;

2° Schlegel (Jul.-Heinr.-Gottlieb), *Ein Beitrag zür näheren Kenntniss der Albinos.* — Extrait de ses *Neue Materialien für die Staatsarzneikunde,* Meiningen, 1824, 8°, p. 98 et suiv. ; simple traduction du précédent, du moins dans ce qui concerne mon sujet ;

3° Cornaz (Ch.-Aug.-Édouard), de Neuchâtel, en Suisse, o. c. p. 149 et 150. Abrégé des données de Sachs ;

(1) Celle du docteur Fallot, dans les *Annales d'Oculistique ;* celle du professeur Rau, dans la *Schweizerische Zeitschrift für Medicin, Chirurgie und Gebürtshülfe,* et celle de l'*Oppenheim's Zeitschrift.*

(2) Ayant lu tous les ouvrages mentionnés dans cet article, je m'abstiendrai de les désigner par un astérisque, comme je l'ai fait dans mes précédents travaux.

4° WARTMANN (Élie), *Deuxième Mémoire sur le Daltonisme.* Genève, 1849 ; 4°, p. 16, note.—Extrait des *Mémoires de la Société de physique et d'hist. nat. de Genève.*—Abrégé d'après le précédent, et

5° L'analyse anonyme du n° 3, insérée dans l'*Oppenheim's Zeitschrift*, vol. XLII, 4° cahier, 1849, p. 507.

Je dois aussi au professeur É. Wartmann quelques indications sur deux personnes affectées de cette hypéresthésie dans la perception des couleurs.

Voici des détails qui concernent le critique anonyme de mon mémoire dans le *Journal* d'*Oppenheim ;* quant aux trois autres personnes, je ne peux faire autre chose que de les indiquer. En effet, l'une d'elles, mentionnée par Sachs, était un homme distingué, dont il nous dit simplement qu'il avait découvert chez lui des traces de la même anomalie ; un ami du professeur Wartmann, au sujet duquel je demandais à celui-ci de tâcher d'avoir quelques détails, est actuellement malade et absent ; enfin, voici ce que le savant genévois m'écrit à propos d'un troisième :

« L'hyperchromatopsie n'est peut-être pas très-rare. Un de mes élèves... » en a été affecté dans son enfance, suivant ce qu'il m'a lui-même commu- » niqué. Il paraît avoir été affecté à la manière de Sachs, mais sans que » les lettres de l'alphabet éveillassent nécessairement chez lui l'idée des » mêmes combinaisons que celles dont parle le docteur albinos (1). »

On lit dans le Journal d'Oppenheim :

« Le docteur *Sachs*, ce célèbre albinos, rend attentif à un phénomène » qu'on peut désigner comme une hypéresthésie du sens des couleurs » (*Farbensinn*), et qui n'est peut-être pas très-rare, mais qui est très- » négligée, parce qu'on n'y fait pas attention...

« Je me permets de faire ici la remarque que moi-même, avant de » connaître la monographie que j'analyse, j'avais fait la remarque que » les lettres avaient pour moi certaines couleurs, lesquelles apparences » colorées, si j'ose ainsi m'exprimer, dépendent de la voyelle... qui aide » à composer leurs noms respectifs. C'est ainsi que je vois *a*, *h* et *k* d'un » rouge pâle, *b*, *c*, *d*, *e*, *f*, *g*, *l*, *m*, *n*, *r*, *s*, *t* et *z*, d'un blanc bleuâtre, » *i*, *x* et *y* jaunes, *o*, noir, *v* (2) d'un rouge de cerise, *q* et *u* d'un brun » foncé, et *w*, par exception, et quoiqu'on le prononce en y ajoutant un » *e* (sauf en anglais), d'un brun clair. Il reste sans doute encore bien des » observations analogues à faire. »

(1) Dans sa lettre du 28 septembre 1850.

(2) On sait que cette lettre s'appelle en allemand « Vau, » ce qui se prononce *fa-ou*.

Je ne peux que regretter que notre honorable confrère n'ait pas jugé convenable de nous donner d'autres détails sur lui-même; si ces lignes lui tombent sous les yeux, nous le prions instamment de bien vouloir le faire, afin de contribuer à étendre nos connaissances encore si restreintes sur cette anomalie de la vision.

Quoique je n'aie point l'intention de donner une traduction *in extenso* de l'article de Sachs, je crois utile de ne pas me borner, comme précédemment, à en donner un petit extrait, non-seulement à cause de l'importance de son observation personnelle, que parce que sa thèse latine n'est pas dans le commerce de la librairie et que la traduction allemande qu'en a donnée Schlegel est peu répandue, et d'ailleurs inaccessible à beaucoup de médecins.

Au nombre des objets qu'il voyait ainsi colorés, il nous cite les nombres, les jours de la semaine, les dates, les époques de la vie humaine, les lettres de l'alphabet, les notes musicales, etc., spécialement, comme on le voit, des séries naturelles, mais aussi les villes, les divers tons des instruments musicaux, etc.

Les couleurs qu'il percevait ainsi n'étaient pas toutes également distinctes : en première ligne se rencontraient les plus claires d'entre elles, à savoir, le jaune («*flavus*»), diverses nuances de blanc pur («*albus*», «*pallide canus*»), le blanc bleuâtre; tandis que les moins claires, à savoir l'orange, le rouge presque *minium*, le blanc obscur («*obscure canus*»), le foncé et le bleu foncé, le brun et le vert, étaient bien moins tranchées; quant au noir, il ne se rattachait qu'à une des lettres de l'alphabet. On voit par ces quelques indications que bien des couleurs manquaient complétement à ce genre de perception anormale; et l'auteur dit qu'il ne se souvient pas d'en avoir observé d'autres que celles qui viennent d'être citées.

On trouve dans sa thèse les exemples suivants qu'il a choisis parmi ceux où son hyperchromatopsie était le plus évidente. Ainsi *A* et *E* sont rouges; mais la première de ces voyelles tire plutôt sur le vermillon et la seconde sur le rose; I est blanc («*album*»), O orange, U (OU des Français) noir, et c'est le seul exemple de cette couleur; — Ü ou UE (U de notre langue) blanc («*canum* (1)»), ainsi que *M* et *N*; — *C*, d'un cendré pâle; *D*, jaune; *F*, d'un blanc obscur; *H*, d'un cendré bleuâtre; *K* a une teinte incertaine et est à peu près vert foncé; *S*, d'un bleu foncé, et *W* brun. — Les notes de la musique, indiquées comme cela a lieu en Allemagne par des noms

(1) J'ignore pourquoi Schlegel traduit cette expression par «grau» (*gris*).

de lettres (1), lui présentaient généralement les mêmes couleurs que celles-ci : cependant, quoique dans l'alphabet le *B* et le *G* ne lui présentassent presque aucune trace de coloration, le si bémol lui paraissait d'un gris cendré et le sol d'un vert incertain.

Passant aux chiffres, il nous indique : 0 (zéro) presque transparent, d'un jaune pâle et incertain ; 1 d'un blanc (*albus*) indécis ; 2 d'une teinte incertaine ; 3 presque cendré ; 4 d'un rouge de minium ; 5 jaune ; 6 indigo ; 7 d'un blanc bleuâtre ; 8 brun ; 9 presque vert foncé. Les nombres composés de plus d'un chiffre prennent les couleurs de ceux de ces derniers dont ils sont formés ; c'est cependant celle du chiffre d'un ordre supérieur (dizaines, centaines, etc.) qui l'emporte généralement ; les diverses couleurs ne se mélangent d'ailleurs pas pour en former une seule, mais, au contraire, chacune d'elles reste visible : plus un nombre contient de chiffres, plus celles-ci sont foncées, et, dans la majorité des cas, incertaines. Le zéro ne change pas la couleur des chiffres auxquels il est joint, mais leur donne une certaine apparence ; tandis que plus un chiffre se trouve répété dans un même nombre, plus la couleur qui lui est propre gagne en intensité. Les nombres composés les mieux caractérisés par la clarté et la certitude de leurs couleurs sont : 10, 11, 100, 110 et 111 qui sont tous blancs ; le premier d'entre eux est semblable à du verre blanc, le second d'une couleur de lait, le troisième d'un blanc à peine transparent, les deux derniers d'un blanc parfait (« *perquam candidi* ») ; — 14, 24, 40, 44, 400 et 440, qui sont rouges ; et enfin, 15, 25, 50, 55, 500, 555 et 1000, qui sont jaunes : ce dernier nombre ne prend la couleur blanche, qu'on lui accorderait par analogie, que dans la supputation chronologique des années.

Aux périodes de l'histoire et de la vie humaine correspondent des couleurs analogues à celles des chiffres, sauf quelques exceptions.

Le dimanche paraissait à notre consciencieux observateur, blanc («*alba*»), ou parfois légèrement jaune ; le lundi, d'une autre nuance

(1) Voici quels sont les noms des notes d'après ce système peu connu en France :

C.	D.	E.	F.	G.	A.	H.
Ut ou do.	Ré.	Mi.	Fa.	Sol.	La.	Si.

On ajoute à ces lettres *es* ou *s* pour monter la note d'un dièse ; et *is* pour la descendre d'un bé ou bémol ; le si bémol se nomme indifféremment B ou His. — Voyez à ce sujet Henri Herz, *Méthode complète de piano*, Mayence et Anvers, pp. 4 et 6.

de blanc («*cana*»); le mardi se montrait avec une couleur obscure et indécise; le mercredi était jaune; le jeudi d'un vert incertain tirant plus sur le jaune que sur le bleu, parfois, cependant, d'un orange foncé et vague; le vendredi d'un blanc obscur, et le samedi d'un cendré bleuâtre.

Ce qu'il y a de bien remarquable, c'est que ces sensations anormales de couleurs étaient si intimement liées à ces divers objets, que ce n'était qu'avec peine qu'il pouvait se représenter quelques-uns de ceux-ci sans couleurs, et que d'autres fois même cela lui était impossible. L'auteur tâche de nous en donner une idée, en nous les dessignant comme des perceptions colorées.

On voit sans peine combien viennent se présenter ici de questions intéressantes, qu'il est impossible de résoudre avec si peu de données. En voici quelques-unes, que je me borne à énoncer :

1° Cet état se rencontre-t-il également dans les deux sexes? Jusqu'ici, on ne paraît l'avoir observé que chez des hommes; mais le nombre en est trop petit pour qu'il nous soit possible de vouloir tirer aucune conclusion à ce sujet. Qu'il nous suffise de rappeler combien, toutes proportions gardées, le daltonisme (*dyschromatopsie* et *achromatopsie*) est rare chez les femmes. On sait que Gall assurait que le «sens des couleurs» est plus développé dans le sexe que parmi nous; mais, d'après cette hypothèse, l'hyperchromatopsie ne devrait-elle pas être plus fréquente chez elles? Il est permis de le supposer.

2° Cet état est-il congénial? l'est-il toujours? peut-il disparaître avec l'âge? Ce sont là des points que nous ne pouvons résoudre. Il est probable cependant que cet état date toujours de la naissance : c'est le cas chez cet élève du professeur Wartmann, que nous avons mentionné; ce l'était sans doute aussi chez Sachs, qui était trop consciencieux observateur pour avoir pu passer sous silence l'époque depuis laquelle il s'était aperçu d'un changement physiologique aussi remarquable. Il est possible qu'avec l'âge, le raisonnement diminue peu à peu la vivacité de ces perceptions colorées; toutefois, rappelons-nous qu'on pourrait, *a priori*, se faire une idée du même genre au sujet du daltonisme, idée dont l'expérience nous montre toute la fausseté.

3° Quant aux causes de cette anomalie de la vision, quant aux altérations du cerveau, du nerf optique ou de l'œil qui peuvent se présenter dans ces cas, n'y a-t-il qu'un simple rapport de souvenir dans la coïncidence qui se présente à l'esprit entre un objet et telle

ou telle couleur? Nous ne le croyons point : cependant cette hypothèse pourrait être soutenue.

Quoique nous n'ayons que deux observations un peu développées, et que même une d'entre elles ne nous donne de renseignements que sur la manière dont la personne qui en était affectée voyait les diverses lettres de l'alphabet, je dois faire remarquer qu'il y a plus d'un rapport entre les deux. Ainsi, chez les deux médecins, les objets formant des séries, et spécialement les lettres, donnent naissance à des perceptions colorées. Il n'y a, il est vrai, pas de rapport entre les couleurs ainsi perçues; mais n'est-on pas frappé de l'analogie qu'il y a entre les chiffres d'ordre supérieur qui, en thèse générale, déterminent la couleur d'un nombre donné chez Sachs, et la voyelle qui, concourant au nom d'une consonne, donne à celle-ci, chez l'auteur anonyme du *Journal* d'*Oppenheim*, la couleur qui la caractérise? Bien plus, chez tous, cette règle n'est point sans exception; analogie qui me paraît s'élever contre celui qui ne verrait là qu'un effet d'une vive imagination.

Je crois qu'il n'est pas nécessaire de m'étendre beaucoup sur le parallèle qu'on pourrait tracer entre cette affection et le daltonisme (dyschromatopsie et achromatopsie); car si ce dernier vice fonctionnel peut être regardé comme une anesthésie de la perception des couleurs, hypothèse à laquelle les cas de chromatodysopsie temporaire me paraissent favorables, l'hyperchromatopsie peut être regardée comme une hypéresthésie de la même fonction.

En terminant ces quelques passages, je ne puis que répéter que je prie instamment ceux de mes confrères qui connaîtraient, soit parmi les personnes qu'ils ont observées, soit dans quelque travail que j'ignore, des faits analogues à ceux-ci, de vouloir bien m'en donner connaissance, soit directement, soit mieux encore par la voie des *Annales d'Oculistique*.

RECTIFICATION RELATIVE A L'HISTORIQUE DE LA SPINTHÉROPIE;

par le docteur SICHEL.

M. Cunier vient de m'adresser plusieurs numéros de journaux allemands contenant des articles curieux sur la spinthéropie, dont j'ignorais complétement l'existence. L'un d'eux, le premier en date, rend compte d'une autopsie d'yeux sphinthéropiques dont le résultat confirme plusieurs des opinions émises par moi. Il est important, dans l'intérêt de l'auteur de cette observation, bien qu'il ne se soit fait connaître que par ses initiales, de signaler sa priorité sous le

rapport de l'existence de la cholestérine matériellement constatée dans la spinthéropie. Je m'empresse donc de prier les lecteurs des *Annales d'Oculistique*, de changer de la manière suivante, dans mon travail, l'ordre des observations connues jusqu'ici (livraison d'octobre 1850, t. XXIV, p. 146):

§ 2. — *Énumération des cas observés.*

I à VIII. Ces huit observations conservent l'ordre indiqué.

IX. A. G. (*Berliner medicinische Zeitung*, 1849, n° 52, 26 déc.). Premier cas de dissection d'yeux spinthéropiques.

X. Guensburg (*Deutsche Klinik*, 1850, n° 8, 23 fév.). Spinthéropie postérieure ou antéro-postérieure; la description ne dit pas assez clairement si les paillettes étincelantes passaient jusqu'au devant de la pupille. D'après une citation de M. Fisscher (Voir ci-dessous, XI), cette observation appartient à M. Günsburg; je suis forcé de m'en rapporter à cette indication, le titre de l'observation et le nom de l'auteur étant coupés dans la feuille transmise par M. Cunier.

XI. O. Fischer (*Ibid.*, 1850, n° 17, 27 avril). Nouvelle espèce: *Spinthéropie cornéenne.* Paillettes cholestériniques brillantes déposées entre les lames de la cornée; cette espèce devra probablement être classée comme deuxième, dans le second groupe, c'est-à-dire dans la spinthéropie imparfaite ou pseudo-spinthéropie.

XII. Sichel (*Ann. d'Ocul.*, t. XXIV, pp. 49 à 60). Première observation d'extraction et d'examen microscopique des paillettes.

XIII et XIV. Desmarres (*Gaz. des Hôpitaux*, 1850, n° 108). Simple annonce de deux nouveaux cas.

XV. Voss (*Ann. d'Ocul.*, t. XXIV, p. 269). Modification particulière de la spinthéropie postérieure sommairement décrite.

M. Malgaigne (*Revue médico-chirurgicale de Paris*, 1851, janvier, p. 40), dans une analyse de mes deux derniers articles sur la spinthéropie, critique les noms de *spinthéropie parfaite* et *imparfaite* ou *pseudo-spinthéropie* que j'ai adoptés, et que je crois suffisamment motivés par la circonstance que le phénomène de la scintillation est très-notablement modifié dans cette dernière espèce.

Toutefois je ne m'oppose point du tout à l'adoption des noms de *spinthéropie fixe* et *mobile* qu'il propose, et qui, tout en caractérisant bien la différence des deux espèces, ont l'avantage de ne point préjuger la question de savoir si la maladie est plus développée dans l'une que dans l'autre espèce.

Lorsque de nouveaux faits seront venus compléter nos connaissances sur la spinthéropie, je ne manquerai pas de les grouper

et d'examiner si la classification et la théorie tentées par moi ont besoin d'être soumises à une révision (1).

TRAVAUX PUBLIÉS EN ALLEMAGNE SUR LE SCINTILLEMENT DE L'OEIL ; par le docteur F. BINARD.

Le travail publié par M. le docteur Sichel dans le t. XXIV des *Annales d'Oculistique* et la note qui précède m'ont déterminé à faire passer en langue française les travaux qui ont été publiés en Allemagne sur le scintillement de l'œil, phénomène que l'on désignera désormais sous le nom de *spinthéropie*. Je comblerai par là une lacune que présentaient les *Annales*, dans lesquelles se trouveront ainsi consignées toutes les publications connues sur cet intéressant phénomène morbide.

Je suivrai, dans la traduction que je vais donner, l'ordre chronologique.

Je m'abstiendrai naturellement de reproduire le premier travail en date, celui de M. Blasius, qui a paru en même temps dans le n° 1 de la *Deutsche Klinik* et dans le n° 1, t. XXIII des *Annales d'Oculistique ;* je ne le citerai donc que pour mémoire.

I. — **Scintillatio pupillae** ; par le docteur E. BLASIUS, professeur à la faculté de médecine de Halle (2).

II. — **De la formation de la cholestérine dans l'œil** ; par le docteur A. G., oculiste (3).

« La communication de M. le professeur Blasius sur le scintillement de la pupille, insérée dans le premier numéro de la *Deutsche Klinik* et dans la première livraison du t. XXIII des *Annales d'Oculistique*, m'a engagé à faire connaître le résultat des observations que j'ai pu faire jusqu'à présent sur le même sujet ; toutefois, j'aurai l'occasion de m'étendre davantage à cet égard en traitant plus en détail, dans un prochain travail, de l'inflammation de la choroïde.

(1) En relisant ma note sur la spinthéropie, *Annales d'Oculistique*, je m'aperçois qu'il y est resté une faute importante.

A la page 147, § 5, ligne 15, au lieu de « ὀπτις, *opsis, vision, organe de la vision, œil* » il faut lire :

« ὄπτις, génitif ὄπτις, *opos*, œil, c'est-à-dire » etc.

(2) *Loc cit.*

(3) *Die Cholesterinbildung im Auge*, dans la *Medicinische Zeitung, herausgegeben von dem Verein für Heilkunde in Preussen*, 1849, n° 52.

» Il n'existe actuellement plus de doute sur l'existence des cristaux de cholestérine subissant un mouvement continuel d'élévation et d'abaissement comme cause de ces phénomènes brillants et lumineux que M. Desmarres a signalés le premier dans l'œil ; mais ces corpuscules étincelants ne sont jamais dus, comme l'a d'abord pensé cet oculiste, au flottement des cellules du corps vitré ramolli, et à la réfraction de la lumière qui en serait la suite.

» Les observations de M. Sichel, qui a reconnu que ce phénomène lumineux était dû à la présence de paillettes brillantes (*paillettes métalliques d'une teinte dorée*); les observations microscopiques de M. Stout, qui les regarde comme des corpuscules cristallins ; celles de M. Bouisson, enfin, qui les considère comme de la cholestérine, ne laissent plus le moindre doute sur la véritable nature de ce curieux symptôme. Il reste pourtant encore quelques points en litige, surtout quant au siége de ces corpuscules cristallins ; il existe à ce sujet entre M. Blasius et les médecins oculistes français une dissidence qu'il me semble facile de faire disparaître. C'est en me fondant sur mes observations chez les malades et sur de nombreuses recherches microscopiques, que je crois pouvoir parvenir à ce but.

» La cholestérine que le professeur Bochdaleck, de Prague, m'a fait voir le premier en 1848, a été retrouvée depuis lors par moi dans plusieurs cas, et je crois que d'autres auteurs ont aussi rapporté des faits semblables. Cependant, ce n'est que dans un seul de ces cas que j'ai rencontré le phénomène de la scintillation, dont je traiterai plus bas d'une façon plus étendue.

» Jusqu'à présent, je n'ai jamais reneontré le développement de la cholestérine que dans les cas *où une inflammation de la choroïde avait préexisté* et *quand l'exsudat était en voie d'ossification, ou quand celle-ci était complète.* Il m'est impossible de bien déterminer le rapport qui a pu exister entre les cas où l'inflammation était de date encore récente, et ceux où elle était déjà ancienne. La manière dont avait marché l'inflammation n'avait aucune influence sur cette *exsudation de cholestérine.* J'ai rencontré ces cristaux de cholestérine après l'inflammation aiguë, quand celle-ci avait donné lieu à des exsudats qui, accumulés dans certains points du sac choroïdien, comprimaient la rétine et la réduisaient à un simple cordon, et que tout le corps vitré avait été résorbé ; alors aussi que, par suite de l'altération de la circulation et de la nutrition, toutes les parties de l'œil s'étaient atrophiées et que le globe avait totalement perdu

sa forme. Je les ai rencontrés de même dans les inflammations chroniques, tant partielles que générales, où le globe avait complétement conservé sa forme ou même avait un peu augmenté de volume. Dans le premier cas, les cristaux de cholestérine flottaient dans le restant de l'exsudat choroïdien liquide, qui entourait la rétine ayant pris la forme d'un cordon, et ils étaient en partie déposés dans l'exsudat qui commençait à s'organiser et à passer à l'état d'ossification. Il est facile de comprendre pourquoi il était impossible d'apercevoir ce phénomène à l'extérieur. Dans le dernier cas, ces cristaux étaient aussi flottants dans l'exsudat situé entre la sclérotique ou la rétine et la choroïde. Il était aussi impossible de noter ce phénomène du dehors.

» *Quand le corps vitré avait la consistance normale, je n'y ai jamais rencontré de cholestérine ; quand au contraire il était ramolli en totalité ou en partie,* c'est-à-dire quand la partie liquide de l'exsudat de la choroïde avait pénétré dans le corps vitré, en le comprimant et le rendant liquide, *dans ce cas aussi j'ai parfois trouvé dans cette humeur des cristaux de cholestérine.* Ces derniers pouvaient alors se mouvoir librement, et je crois que si j'avais observé avec attention, pendant la vie, les patients auxquels ces yeux appartenaient, j'aurais pu y découvrir souvent un véritable scintillement. Il ne m'est toutefois arrivé qu'une seule fois de voir les cristaux scintiller. *Dans aucun cas je n'ai trouvé de cholestérine dans le cristallin lui-même ; plusieurs fois, au contraire, je l'ai rencontrée dans son pourtour.* Il me semble résulter de cet exposé que l'opinion des ophthalmologues français sur le siége du développement de la cholestine, sans être tout à fait hors de doute, est pourtant mieux fondée que celle de M. le professeur Blasius, qui en a contesté l'exactitude.

« M. Sichel, dit M. Blasius, a observé le scintillement à la suite de la déchirure par l'aiguille, d'une cataracte capsulaire adhérente : l'ouverture livra distinctement passage à des paillettes étincelantes qui vinrent *se jeter dans la chambre antérieure.* M. Sichel, dans la supposition que le corps vitré doit être le siége de ces corpuscules, cherche à démontrer comment ce flot de paillettes et de liquide a dû provenir de l'humeur vitrée dégénérée ; mais la membrane qu'il dut déchirer dans ce cas obstruait la pupille elle-même, et dans son hypothèse, il ne se préoccupe pas, ce qui est réellement inconcevable, du cristallin. Il est bien plus naturel, en effet, d'admettre que le flot de liquide contenant les paillettes étincelantes provenait de la capsule cristalline. Tous ceux qui ont pratiqué des opérations sur l'œil connaissent ce flot de liquide (dépourvu de

corpuscules brillants) qui s'échappe de la capsule du cristallin déchirée dans les cas de cataracte liquide. Sans cette supposition, M. Sichel serait arrivé d'autant mieux à trouver la véritable explication du phénomène qui nous occupe, que lui-même affirme avoir observé plusieurs fois dans des cataractes capsulaires, des paillettes étincelantes semblables ayant leur siége dans le segment antérieur de la capsule. »

» D'après mon opinion, les cristaux de cholestérine sont dus à un précipité de l'exsudat de la choroïde qui a subi une modification graduelle. Il résulte en outre de mes recherches qu'on ne peut apercevoir par l'examen extérieur de l'œil les corpuscules de cholestérine, que pour autant que le corps vitré soit ramolli et que les cristaux puissent s'y mouvoir librement. Ainsi donc, si nous ne voulons qu'indiquer l'existence de ce phénomène lorsqu'il apparaît à l'observateur qui le rencontre sur le vivant, nous devons admettre que l'expression par laquelle il a été désigné par les médecins oculistes français est tout à fait convenable, et que M. Blasius n'a eu aucune raison d'attaquer l'expression de synchysis étincelant.

« Les ophthalmologues français, dit M. Blasius, qui ont observé le scintillement, en placent le siége dans le corps vitré, et lui donnent le nom de *synchysis étincelant*; ils fondent surtout leur diagnostic du synchysis sur l'existence de l'iridodonesis dans la plupart des cas; mais l'oscillation de l'iris ne peut pas être invoquée comme un signe constant du synchysis : elle est d'ailleurs plus fréquente que ce dernier, et elle n'indique le synchysis que lorsqu'elle coïncide avec la mollesse du globe de l'œil. »

» Je dois ici répondre à M. Blasius que dans la plupart des cas d'ossification des exsudats de la choroïde avec ramollissement du corps vitré, qu'il y ait ou non des cristaux de cholestérine dans l'œil, le globe ne devient pas plus mou, mais qu'au contraire sa consistance augmente et que je l'ai trouvé plus résistant que dans l'œil sain; en outre, que, pendant la vie, l'iridodonesis a été le seul symptôme qui ait permis de diagnostiquer le ramollissement du corps vitré, que l'autopsie a fait ensuite reconnaître. L'opinion de M. Blasius n'a par conséquent de valeur que dans les cas où l'ossification n'a pas fait de grands progrès et dans ceux où l'exsudat est si peu considérable qu'il ne détermine pas une grande tension du globe.

» Je dois encore ici insister à dessein sur ce fait, que le développement de la cholestérine dans l'œil n'a en lui-même et par lui-même rien de commun avec le ramollissement du corps vitré,

mais qu'il est simplement la suite de l'inflammation de la choroïde. Il m'est impossible de déterminer quelles sont les conditions nécessaires au développement de la cholestérine dans les exsudats. J'ai rencontré plusieurs cas dans lesquels l'ossification de l'exsudat avait eu lieu sans qu'il existât la moindre trace de cholestérine.

» Les suites ultérieures de l'inflammation de la choroïde sont l'altération plus ou moins grande de la vision et l'immobilité de la pupille. *Dans tous les faits* que j'ai observés et où j'ai trouvé de la cholestérine, j'ai toujours noté jusqu'à présent ces phénomènes morbides. L'opacité de la capsule dans toute son étendue, au point d'avoir occasionné l'abolissement total de la vue, ainsi que l'opacité du cristallin, ne sont pas des phénomènes essentiels, puisque je ne les ai vus que dans quelques cas où il y avait formation de cholestérine. J'insiste de nouveau sur ce fait, que l'altération de la vision dérive de l'inflammation de la choroïde, et je suis porté à croire que c'est surtout à cela qu'il faut attribuer l'affection de l'œil droit du malade dont M. Blasius a parlé dans l'article dont il a été fait mention plus haut : cela me paraît plus probable que le diagnostic de M. Blasius, qui a voulu y voir un cas d'amblyopie amaurotique.

» Pour terminer, je vais maintenant rapporter en peu de mots le fait dans lequel j'ai vu très-distinctement, et pendant la vie, le scintillement des cristaux de cholestérine. Je n'ai que peu de choses à dire des circonstances anamnestiques car je n'ai eu l'occasion de voir le malade que très-tard. Une consultation de M. le docteur Von Ammon, qui a examiné la malade en 1839 et a consigné son opinion très en détail, est la seule source où j'aie pu puiser quelques renseignements sur les antécédents de la malade : je la donnerai pour ce motif textuellement.

» Note de M. d'Ammon. — « Mme M..., à la suite d'ophthalmies scrofuleuses répétées et fort tenaces, a perdu la vue des deux yeux. Voici l'état qu'elle présente : Les deux yeux sont plus saillants que dans l'état normal ; les cornées ont perdu leur forme arrondie, elles sont plus oblongues, et dans leur tissu un peu épaissi, mais resté en haut transparent, on voit des exsudats plastiques avec de petites taches de mélanose. L'endroit où elles s'unissent à la sclérotique présente aussi une altération morbide, et on y remarque clairement que l'*orbiculus ciliaris* a, çà et là, été affecté. Le tissu de la sclérotique est aminci et traversé aussi, çà et là, par des vaisseaux variqueux. L'iris, qui est décoloré, ne permet pas qu'on reconnaisse exactement sa structure. Cet état des membranes extérieures de

l'œil et, en outre, la remarque que la perte de la vision était complète et que les yeux, quant à leur mobilité, offraient un aspect tout spécial, me firent admettre l'opinion que les parties oculaires profondes, principalement la choroïde et la rétine, avaient subi un certain degré d'atrophie, accompagnée de l'altération hydrophthalmique du corps vitré et d'un développement anormal de sérosité entre la surface extérieure de la choroïde et la face interne de la sclérotique. Je n'hésite pas à indiquer un semblable état des yeux, apprécié de cette manière sur un diagnostic rigoureux, sans toutefois le désigner simplement par les mots d'amaurose ou de glaucôme, parce que, d'après de nombreuses recherches anatomo-pathologiques que j'ai faites sur les yeux d'individus aveugles, je me suis positivement assuré du siége d'une semblable altération et de sa véritable nature. Dans le premier volume de mes « *Klinische Darstellungen der Krankheiten des menschlichen Auges*, » on rencontre plusieurs observations de ce genre, accompagnées de figures.

» On pourrait peut-être admettre un pronostic moins fâcheux pour cette affection oculaire, si elle ne constituait pas une altération atrophique de la choroïde et de la rétine, et si on la considérait comme une exsudation d'un produit morbide ou d'un fluide séreux sur ces membranes ou entre elles. Quoi qu'il en soit, il n'existe aucun doute que la maladie ne soit le résultat d'exsudations morbides ou d'altérations suites d'opthalmies scrofuleuses (manifestation locale d'une dyscrasie générale). L'articulation du genou gauche, tout comme les yeux, a présenté à plusieurs reprises un état inflammatoire. On doit aussi considérer ce phénomène comme la réflexion d'une dyscrasie générale.

» S'il est un moyen capable d'améliorer cette prédisposition que conserve l'économie, encore dans sa force et son plein développement, d'être atteinte par les scrofules, et d'empêcher qu'elle n'aille déterminer un nouveau foyer morbide dans l'articulation du genou, c'est surtout dans les sources douces de Carlsbad qu'il faut le chercher; et ces eaux, quand bien même, ce qui est possible, la seconde opinion émise plus haut sur la nature du mal serait la mieux fondée, pourraient aussi agir alors avec efficacité. C'est d'après ces seuls motifs que je puis approuver l'avis de M. le docteur B. Si la malade ne pouvait pas se rendre à Carlsbad, elle pourrait, dans son pays, faire usage et avec utilité des eaux de source d'Eger. J'ai employé avec succès, dans des cas semblables, le muriate de baryte, de la manière suivante : R. *Baryt. mur.* 3s. *Aq. lauro-ceras.* 3vj. *Extract. cicut.* gr x. D. S. A prendre 15 gouttes une seule fois le jour dans une cuillerée à bouche d'eau : on augmente la dose tous les jours d'une goutte. On atteint ainsi jusqu'à 30 gouttes; on revient alors jusqu'à 15 gouttes, jusqu'à ce que la quantité prescrite soit épuisée. On fait alors suspendre le médicament pendant 14 à 20 jours, et on le reprend ensuite une ou deux fois, toujours de la même manière. Il faut fixer toute son attention

sur l'état des organes pectoraux, surtout si à l'état scrofuleux on a à craindre de voir se joindre le développement de la diathèse tuberculeuse des poumons.

« Dresde, le 8 mai 1839. Dr D'Ammon,

« *Médecin du Roi de Saxe.* »

» Les moyens ci-dessus indiqués furent employés sans produire aucune amélioration de l'affection oculaire. Dans la suite, la malade essaya encore différents médicaments, et toujours sans aucun résultat, de sorte qu'elle perdit tout espoir d'amélioration et ne fit plus rien. En 1848, je fus consulté pour d'autres maladies. L'examen de la poitrine fit constater la présence de tubercules dans le lobe supérieur des deux poumons; dans le courant d'une année, cet état morbide prit un grand développement, et la malade succomba au mois de septembre. Quand je vis la malade pour la première fois, les yeux se trouvaient exactement dans l'état dont parle M. d'Ammon ; la seule modification survenue consistait en ce que la cornée était redevenue un peu plus transparente : il y avait, comme autrefois, perte totale de la vision. Les deux pupilles étaient immobiles; le cristallin avait conservé sa transparence. On remarquait dans la pupille droite des corpuscules très-brillants qui parfois avaient un mouvement d'élevation ou d'abaissement; la pupille gauche, au contraire n'offrait rien d'anormal. Les deux globes avaient une grande résistance, et des deux côtés existait l'iridodonesis. L'autopsie a fait constater la présence de cavernes et de tubercules dans les deux poumons ; les deux yeux ont été soumis à un examen tout spécial dont je vais donner le résultat. Comme ils ont présenté, à très-peu de différence près, les mêmes altérations, et pour éviter toute répétition, la description sera commune à tous deux.

» Aspect extérieur. — Les globes oculaires sont volumineux et tendus ; sur différents points de la sclérotique on voit des élévations bleuâtres de grosseur différente, semblables à des vaisseaux variqueux. Les nerfs optiques, qui n'étaient point atrophiés, m'ont paru, lorsque je les ai divisés, être d'un tissu plus résistant que d'habitude.

» Examen des parties internes. — La sclérotique, dans plusieurs endroits, avait son épaisseur normale ; dans d'autres, elle était un peu plus épaisse, et dans les points où extérieurement se montraient les *varicosités*, elle était très-amincie : ses fibres étaient tout à fait séparées et avaient contracté une adhérence solide avec la choroïde.

Il n'y avait point de vaisseaux variqueux. Aux endroits où la sclérotique avait le plus d'épaisseur, il existait entre elle et la choroïde un liquide tout à fait séreux et qui contenait beaucoup de cristaux de cholestérine. L'épaississement du tissu était certainement dû à la présence d'un exsudat qui, à certains endroits où déjà l'ossification avait eu lieu, se laissait facilement détacher de la sclérotique. En divisant la choroïde, il s'écoula en même temps un peu de liquide transparent, que renfermait cette membrane. Le pigment de la choroïde n'avait pas subi une grande altération. Entre cette dernière membrane et la rétine se trouvaient aussi des plaques d'ossification et un exsudat blanchâtre semi-liquide. La rétine ne correspondait donc pas exactement à la choroïde, puisque entre ces deux membranes existait l'exsudat dont nous venons de parler; néanmoins, cette membrane était bien tendue. En pratiquant une ponction dans la rétine, qui n'apparaissait nulle part dans un état d'atrophie, il s'écoula une certaine quantité d'un liquide séreux, contenant beaucoup de cristaux de cholestérine, et elle ne renferma plus alors qu'un faible reste d'une substance visqueuse, qu'on pouvait considérer comme le corps vitré normal. L'iris, brunâtre, avait contracté, dans plusieurs endroits, adhérence avec la capsule, dont le bord seul était rendu opaque par l'exsudat. Le cristallin était dans son état normal.

» Épilogue. — Ces détails nécroscopiques démontrent que l'opinion de M. d'Ammon, celle surtout qu'il donnait comme la plus favorable pour le pronostic, était bien réellement fondée. Il est probable qu'en 1839 il n'y avait pas encore ossification de l'exsudat et que le développement de la cholestérine n'avait également pas encore eu lieu. Toute l'affection était la suite d'une inflammation de la choroïde qui avait produit une exsudation sur ses faces interne et externe. Dans tous ces points la cholestérine s'était formée dans les exsudats : pendant la vie, on ne pouvait apercevoir que les cristaux contenus dans le corps vitré, et c'étaient ceux-là qui produisaient la scintillation. Comment se fait-il que ce phénomène n'était apparent que dans l'œil droit, quoique le gauche fût tout à fait dans les mêmes conditions ? C'est ce que je ne puis pas expliquer. Il reste encore plusieurs points que des recherches ultérieures pourront sans doute éclaircir. »

III. — **Formation de cholestérine dans l'œil. — Iridodonesis. — Synchysis ; par le professeur E. Blasius (1).**

(Réponse à l'article qui précède.)

« Dans un petit travail sur le *scintillement de la pupille*, que j'ai publié dans le premier numéro de la *Deutsche Klinik*, et dans la première livraison du t. XXIII des *Annales d'Oculistique*, il est quelques points que je n'ai fait qu'effleurer, bien qu'ils aient de l'importance pour l'opinion que j'ai émise sur ce phénomène ; je suis obligé d'y revenir de nouveau, surtout à cause de l'article qui a paru dans le n° 52 de l'année dernière de la *Medicinische Zeitung*, sur le développement de la cholestérine dans l'œil, article dû à un anonyme (l'oculiste A. G.).

» 1° L'opinion par laquelle j'ai expliqué le scintillement de la pupille, dans le cas que j'ai observé et dans d'autres cas semblables, comme dépendant du développement de la cholestérine dans la capsule cristalline, comme une espèce d'hydropisie de cette membrane, s'appuie, entre autres raisons, sur la présence, dans cette cavité, de la cholestérine, car elle peut réellement y exister, comme l'a prouvé l'observation. A ce sujet je renvoie le lecteur à l'ouvrage de Ruete (*Traité d'Ophthalmologie*, p. 752), où sont rapportées des recherches anatomiques et microscopiques qui démontrent d'une manière incontestable la présence de la cholestérine dans l'intérieur de la capsule cristalline. J'invoque en outre ici une observation due à M. Tavignot, et dans laquelle, après la division de la capsule cristalline qui était opaque, on vit distinctement sortir de l'ouverture capsulaire des corpuscules brillants et scintillants qui passèrent dans la chambre antérieure. Comme ils n'y furent pas résorbés, mais qu'ils déterminèrent, au contraire, un état inflammatoire de l'œil, on dut en opérer ultérieurement l'extraction.

» L'auteur anonyme de l'article cité plus haut avoue que jamais on n'a trouvé de cholestérine dans le cristallin lui-même, *mais bien à son pourtour*. Je ne sais pas si cette assertion est fondée sur les observations qu'il dit avoir faites, car cette expression « *au pourtour du cristallin* » n'est point assez précise et n'indique pas que la cholestérine ne puisse se trouver entre la capsule et le cristallin : l'existence de la cholestérine dans l'intérieur de la capsule ne peut d'ailleurs aucunement être rejetée par ce seul fait. Je n'ai dit nulle

(1) *Cholesterinbildung im Auge. — Iridodonesis. — Synchysis ;* dans la *Med. Zeitung herausgg. v. d. V. f. Heilkunde in Preussen*, 1850, n° 5.

part que la cholestérine se trouvât dans le cristallin lui-même, c'est-à-dire au milieu de son tissu. J'ai d'ailleurs indiqué positivement que la cholestérine pouvait se rencontrer dans les autres humeurs de l'œil, dans l'humeur vitrée comme dans l'humeur aqueuse, et que par conséquent le phénomène du scintillement pouvait s'y montrer. A ce propos, j'ai invoqué l'observation de M. Petrequin, qui a observé clairement le scintillement dans l'humeur aqueuse de la chambre antérieure. Il résulte maintenant de la communication du médecin anonyme, communication dont nous le remercions sincèrement, que la cholestérine peut aussi se développer dans l'humeur vitrée (ou, pour parler plus exactement, *dans la cavité que forme la rétine*) et donner ainsi lieu au phénomène du scintillement. Il est possible qu'il existe des observations antérieures aux miennes sur la présence de la cholestérine dans le corps vitré; mais je n'en ai pas eu connaissance, et notre auteur anonyme ne les a pas fait connaître. Quant à ce que Bochdaleck lui a fait voir en 1848, il est très-naturel que je n'en sache rien. Je ne pouvais pas m'appuyer sur la communication de M. Bouisson, car dans le compte-rendu qui se trouve dans les *Annales* de M. Cunier, il n'est question que d'une *matière grasse à l'état de dissolution*, qu'il a trouvée dans le corps vitré à l'état naturel, et l'auteur a cherché à établir une certaine relation entre cet état et les observations où les yeux des malades, qui avaient perdu la vue depuis longtemps, ont présenté de la cholestérine dans la chambre postérieure; mais quant à la partie de l'œil qui était le siége de la cholestérine, elle n'est pas indiquée d'une manière assez exacte.

» 2° *L'iridodonesis* ou le flottement de l'iris est un symptôme qui n'a été pendant longtemps considéré que comme le signe du synchysis, mais qui néanmoins est beaucoup plus fréquent que lui et qui se présente dans des circonstances toutes différentes. On l'a observé le plus souvent après l'opération de la cataracte, surtout quand elle avait réussi : il est dans ce cas tellement fréquent, que M. Sichel va jusqu'à prétendre qu'on le rencontre après chaque opération de cataracte suivie de succès. Ce phénomène se manifeste ici sans altérer la vue, sans déranger les mouvements de la pupille, ou sans produire aucune espèce d'accident : il ne peut, par conséquent, être question alors de synchysis, pas plus que d'exsudat de la choroïde et d'une liquéfaction du corps vitré qui en serait la suite.

» En outre, on rencontre l'iridodonesis dans l'amaurose et dans l'amblyopie amaurotique, et d'ailleurs je l'ai observé dans des cas

où (quoiqu'on admette partout et depuis longtemps, comme point capital, que l'amaurose n'est régulièrement que le symptôme d'une altération organique des parties profondes de l'œil, et que ce n'est que très-rarement qu'on peut la considérer comme une lésion purement dynamique) je n'ai pu, malgré l'examen le plus scrupuleux, découvrir dans l'œil la moindre trace d'altération organique. Dans des cas semblables, le degré de flottement de l'iris n'est nullement en rapport avec le degré d'altération de la vue; la mobilité de la pupille peut cesser de persister, elle peut être très-considérable même, et la consistance du bulbe ne change pas; et tout cela, comme j'ai eu l'occasion de l'observer, peut persister pendant des années sans produire aucun changement.

» Je passe ici sous silence plusieurs points qui ont trait à l'iridodonesis, et dont j'ai pu m'assurer par de nombreuses observations, tout comme ce qui concerne mon opinion sur la nature de ce phénomène, car ce que je viens d'en dire suffit pour montrer que l'iridodonesis n'est pas purement le symptôme du synchysis, et qu'on ne peut donc admettre, avec les observateurs français, que seul il suffit pour expliquer la scintillation de la pupille, ou bien, avec l'auteur anonyme, qu'il existe alors une liquéfaction du corps vitré, produite par l'action de l'exsudat de la choroïde; car ici viennent encore se joindre d'autres causes indiquant que le corps vitré est le siége du mal. D'ailleurs, ni l'iridodonesis, ni l'altération de la vue, ni l'immobilité de la pupille, que le même auteur a observés dans tous les cas de développement de la cholestérine après un exsudat de la choroïde, n'étaient constants dans tous les faits rapportés de scintillement de la pupille.

» 3° Le ramollissement du corps vitré se rencontre d'ailleurs dans le synchysis (sans que cependant cela forme règle); mais là où l'examen anatomique démontre que le corps vitré est ramolli et liquéfié, le synchysis existe. On a rencontré la liquéfaction du corps vitré dans l'hydrophthalmie postérieure, dans les exsudats liquides de la choroïde connus sous le nom d'hydrophthalmie de la choroïde, dans le glaucome, dans l'atrophie du globe, par conséquent dans des états morbides très-différents; et il faut ainsi, pour admettre qu'il y a synchysis, encore une autre cause déterminative pour nous, et qui vient s'ajouter au ramollissement du corps vitré : c'est, sous le point de vue symptomatique, la mollesse anormale du globe qui partout, quand elle existe depuis le commencement de la maladie jusqu'à la fin, a été considérée comme un signe caracté-

ristique du synchysis ; c'est à ce point que M. Rosas a désigné cette altération sous le nom d'ophthalmomalacie.

» Pour que l'anatomie pathologique soit profitable à la médecine, elle ne doit pas négliger de tenir compte des renseignements que peut fournir la dernière. Aussi, quand il avance que, dans la plupart des cas d'ossification des exsudats de la choroïde, avec ramollissement du corps vitré, le globe n'est pas plus mou, mais qu'au contraire il est plus consistant et plus dur que dans l'état naturel, l'oculiste anonyme n'est certainement pas en droit de considérer tous ces cas comme appartenant au synchysis, et surtout d'admettre la résistance plus grande que peut offrir le globe comme un accident et un signe de synchysis, car ce sont alors plutôt des cas d'hydrophthalmie de la choroïde, dans lesquels le ramollissement et l'atrophie du corps vitré ont eu lieu consécutivement.

» Quand, d'après des résultats d'ailleurs très-dignes d'attention et qui sont la suite de ses observations, il avoue que la cholestérine n'a été rencontrée que dans le corps vitré qui est alors ramolli en partie ou en totalité, cette assertion ne constitue également pas une raison suffisante pour admettre l'existence du synchysis dans les cas où la scintillation de la pupille dépend du développement de la cholestérine dans le corps vitré, et pour appeler cette affection, avec les ophthalmologues français, *synchysis étincelant*. Tout ce que l'on peut dire, c'est que le scintillement de la pupille est alors lié à la présence d'exsudats dans le corps vitré ou dans la cavité qui le renferme, comme je l'ai admis, et que dans certains cas le scintillement dépend d'une exsudation à l'état liquide que contient la capsule cristalline. »

IV. — **Scintillement de la pupille**; par le docteur GUENSBURG (1).

« La communication de M. Blasius, dans le n° 1 de ce journal, et l'article de polémique qu'elle a provoqué dans le n° 52, 1849, de la *Medicinische Zeitung*, m'ont engagé à publier l'observation suivante. Malgré le nombre très-considérable de malades que nous avons reçus pendant les cinq dernières années à notre hôpital de Tous-les-Saints, ou qui s'y sont présentés à la consultation, c'est le seul fait de cette espèce qui se soit offert à nous.

(1) *Scintillatio pupillae*, dans la *Deutsche Klinik*, 23 février 1850, n° 8.

» Obs. — Paul Léonhard, imprimeur sur coton, âgé de 65 ans, fut admis dans l'établissement le 25 juin 1845, pour un emphysème pulmonaire. La conjonctive sclérotical de l'œil gauche était parsemée de vaisseaux entrelacés; la pupille était rétrécie. L'iris, proéminent dans son segment inférieur, était sacciforme; il était d'ailleurs décoloré, d'un bleu clair, offrant seulement dans sa partie moyenne une teinte d'un brun clair. Il était sans cesse en mouvement, et alors on apercevait de très-petits corpuscules brillants qui s'élevaient à travers la pupille. La moitié inférieure de l'iris ressemblait à une poche semi-lunaire de la mince vessie natatoire de l'esturgeon.

» *Altérations fonctionnelles.* — De cet œil, le malade pouvait encore distinguer les gros objets et les couleurs; pendant le crépuscule du matin et du soir, il voyait voltiger un corps arrondi, noirâtre, de la grosseur d'un pois; ce corps se changeait bientôt en une roue avec des raies provenant d'un noyau de couleur jaunâtre, lequel était dans un mouvement de rotation continuel. Ce phénomène subjectif de la vision était constant.

» J'ai indiqué autrefois dans mon journal de clinique cet état comme un *synchysis avec hydropisie de la chambre antérieure* et iridodonesis : il m'a été impossible de réaliser le vœu que j'avais émis de pouvoir examiner la nature de ces petits corpuscules scintillants, car le malade, au bout de quelques mois, ayant éprouvé de l'amélioration du côté de la poitrine, obtint sa sortie de l'hôpital, où il ne s'est plus représenté depuis lors.

» Le plus souvent j'ai trouvé dans l'œil les cristaux de cholestérine sur la *zonule de Zinn* et la capsule cristalline antérieure; j'en ai déjà autrefois rapporté quelques cas dans le 2e volume de mes *Studien zur speziellen Pathologie*, p. 164 et suivantes.

» La coïncidence des phénomènes subjectifs de la vision avec la formation de la cholestérine dans l'exsudat ou décomposition de la capsule antérieure, pourrait être un fait remarquable. Le cristallin était tout à fait transparent. »

V.—**Dépôts de cholestérine dans l'œil**; par le docteur O. Fischer (1).

« Obs. Le détenu Schommeier, âgé de 49 ans (le 23 novembre 1849), était depuis longtemps en traitement dans une de nos salles pour une affection consécutive à une entorse. Le 21 février, il attira notre attention sur l'état de son œil droit, qui était le siége de fortes douleurs lancinantes et déchirantes, d'un écoulement abondant de larmes brûlantes,

(1) *Cholesterin-Ablagerungen im Auge*, dans ses *Mittheilungen aus der unter dem Med. R. Dr. Bonnorr stehenden chirurgischen Abtheilung des Magdeburger Krankenhauses.* — (*Deutsche Klinik*, 1850, n° 17.)

d'une grande photophobie avec perte totale de la vue. On remarquait en outre la rougeur de la conjonctive sclératicale avec des vaisseaux déliés qui s'étendaient circulairement jusqu'à une demi-ligne sur le bord de la cornée; le feuillet séreux de cette dernière membrane avait un aspect manifestement ponctué. La pupille offrait un rétrécissement très-prononcé sans altération de texture de l'iris, et on voyait manifestement dans la chambre antérieure un exsudat de la largeur d'une demi-ligne, formé par de petits corpuscules granulés d'un blanc jaunâtre: ceux-ci, lors des mouvements de côté de la tête, à l'opposé de ce qui a lieu avec les dépôts purulents dans la chambre antérieure, dont la corde d'arc, comme on sait, décrit toujours une ligne horizontale, ont constamment conservé leur première position. On fit placer un grand vésicatoire à la nuque et on y entretint une forte suppuration : ensuite on ordonna des frictions sur le front et les tempes avec une pommade composée d'onguent mercuriel et d'opium; à l'intérieur, on donna le calomel à la dose de 1 grain toutes les deux heures, et on prescrivit un régime doux et le repos le plus absolu.

» *Le quatrième jour*. L'usage du calomel et des frictions (pour lesquelles on remplaça l'opium par l'extrait de belladone [4 grains sur ℥ij d'onguent] à cause du rétrécissement permanent de la pupille), avait amené de l'amendement dans les symptômes; l'aspect ponctué de la cornée avait surtout disparu, la photophobie et le larmoiement étaient diminués, et la douleur avait presque entièrement cessé. Mais on ne put obtenir la dilatation de la pupille, résultat qui était encore nul le sixième jour, bien qu'on instillât, chaque jour, plusieurs fois, dans l'œil une forte solution d'extrait de belladone.

» *Le septième jour*. On remarqua enfin une foule de petits points de différente grosseur, étincelants et s'étendant sur toute la cornée, mais plus nombreux en bas qu'en haut, et qui avaient l'aspect brillant du laiton poli. Ces paillettes brillantes changeaient de place lors des mouvements de l'œil, se réunissant tantôt ici, tantôt là, en groupes plus ou moins considérables. Il fut facile de s'assurer que ces paillettes ne se trouvaient pas au devant de la cornée et par conséquent sur son feuillet séreux, ni derrière elle sur la membrane de Descemet, et ainsi dans la chambre antérieure, mais qu'elles avaient leur siége dans le tissu de la cornée même, et sur l'exsudat blanc jaunâtre qui restait toujours dans le même état qu'auparavant. Car l'opinion qu'on avait admise d'abord sur l'existence de cet exsudat dans la chambre antérieure, tout comme on le rencontre dans un dépôt purulent dans cette même chambre, était erronée et n'était que le résultat de l'examen superficiel qu'on en avait fait dans les premiers jours. — Comme la bouche commençait à s'entreprendre, on prescrivit un *decoct. r. seneg.* ℥ß sur ℥vj avec *kali tart.* ℥j, à

prendre une cuillerée à bouche toutes les deux heures, et qui remplaça le calomel.

» *Le huitième jour.* Les paillettes métalliques brillantes s'étaient tellement agglomérées, qu'elles paraissaient comme un disque de la grosseur d'une lentille à gauche et en dessous de la pupille, toujours rétrécie, où elles dépassaient l'exsudat dont il a déjà été plusieurs fois question; cependant, lors des mouvements de l'œil et principalement en y exerçant une certaine compression, elles se séparaient et se répartissaient de nouveau dans toute la cornée. Le disque, de la grosseur d'une lentille, avait tout à fait l'aspect de cette tache qui, dans le fond de l'œil, est l'indice d'un cancer au début. Ce fut seulement dès ce jour qu'on put apercevoir dans la pupille, toujours rétrécie et immobile, l'opacité jaunâtre du cristallin, de sorte qu'on dut supposer qu'il existait une cataracte. Par contre, il nous fut impossible de découvrir aucun scintillement dans la pupille, au devant de la cataracte.

» *Le neuvième jour.* Les paillettes brillantes furent, pendant un certain temps, complétement soustraites à la vue, à tel point que d'autres observateurs, entre autres M. le docteur Andreae, les cherchèrent vainement à onze heures du matin, tandis que M. le docteur Dohlhoff, et d'autres médecins et moi, nous aperçûmes de nouveau complétement, à midi, un disque magnifique de paillettes brillantes. La compression parvenait parfois à faire disparaître le disque qui se divisait en un nombre incroyable de paillettes, qui se répandaient alors dans tout le tissu de la cornée. M. le docteur Andreae considéra ce dépôt comme un onyx : cependant il était désormais très-probable que cet exsudat n'était pas autre chose qu'une sorte de précipité de la partie plus solide de ces paillettes dans le tissu de la cornée, qui devait renfermer, entre ses lamelles, un liquide contenant des corpuscules de cholestérine tantôt tenus en suspension, tantôt donnant lieu à un précipité plus ou moins considérable. C'est ainsi que M. Blasius, par analogie de ce qu'on les rencontre dans le liquide des hydrocèles, les a admis dans l'humeur de Morgagni. Voici de quelle manière nous cherchons à expliquer la formation du disque, qui, chaque fois qu'il se montrait, occupait le même endroit de la tache. Un liquide, dans lequel surnagent des cristaux de cholestérine, est contenu entre deux lamelles de la cornée : à cet endroit circulaire les deux lamelles sont plus distantes l'une de l'autre que partout ailleurs; c'est pourquoi les paillettes ont de la tendance à se réunir vers ce point plus spacieux, tandis que la compression pratiquée sur l'œil produit une augmentation de volume dans d'autres points au détriment de la partie dilatée.

» Le traitement resta le même, si ce n'est qu'on ordonna un *dec. rad. seneg. et fol. sennae.*

» *Le dixième jour.* Il n'y avait de changement que dans la coloration du corps scintillant, qui semblait avoir pris un ton plus clair;

les corpuscules agglomérés, au contraire, situés dans le tissu de la cornée, au point de démarcation de cette membrane et de la sclérotique, avaient pris un aspect légèrement métallique. Ces derniers corpuscules ne conservaient pas cette apparence granuleuse, et, pour faire une comparaison, ils ressemblaient maintenant à des grains de sable, tandis qu'auparavant ils avaient le poli de la pierre. On pouvait parfaitement reconnaître à présent que cette couche superficielle communiquait avec les corps scintillants placés le plus profondément. L'iris, dont la texture radiée nous parut n'avoir éprouvé aucune modification, présentait une coloration d'un brun clair. M. le docteur Reiche observa aussi ce même jour le malade, confirma le résultat de nos observations, et affirma, comme tous ceux qui avaient observé ce fait avant lui, que jusqu'alors il n'avait jamais rien vu de semblable.

» *Le onzième jour*. Nous eûmes recours au microscope (3 mars 1850) pour examiner le phénomène du scintillement : cela offrait, comme il est facile de le comprendre, beaucoup de difficultés. Nous détachâmes le tube du microscope de son support; nous fîmes arriver la lumière solaire au moyen d'un miroir qui la réfléchissait dans l'œil, et nous cherchâmes alors à fixer autant que possible l'œil et l'instrument dans cette position. Nous avons réussi deux fois à pouvoir observer pendant un moment le champ de vision dans toute sa clarté et sa plénitude. Il nous sembla apercevoir le ciel parsemé d'étoiles, tant les rayons scintillants nous parurent nombreux, transparents, étincelants, de la plus belle couleur dorée; entre eux et comme à travers eux apparaissait un tissu réticulaire d'un blanc grisâtre; nous ne pûmes décider s'il traversait la partie scintillante ou si celle-ci le pénétrait, ou enfin s'il se trouvait dans l'exsudat placé au devant d'elle. D'ailleurs, il offrait une si grande transparence que nous avons dû plutôt admettre qu'il se trouvait au même niveau que les cristaux de cholestérine, dont, au moyen d'un fort grossissement, le volume, quoique excessivement petit, nous parut remarquable. »

F. Binard.

DE L'OPHTHALMIE DES SCROFULEUX;

par M. H. LEBERT,

docteur en médecine et en chirurgie, etc., etc. (*).

Malgré les nombreux matériaux que la science possède sur

(*) Le mémoire qu'on va lire est extrait du *Traité pratique des Maladies scrofuleuses et tuberculeuses* de M. H. Lebert. Nous avons cru devoir reproduire ce travail, qu'une analyse n'eût jamais réussi à faire connaître d'une manière convenable à nos lecteurs spéciaux, dont la majeure partie, sans doute, ne fera pas acquisition du précieux volume de M. H. Lebert.

La Rédaction des Annales d'Oculistique.

cette maladie (1), nous nous tiendrons essentiellement ici aux résultats de notre propre expérience.

Y a-t-il ou non une ophthalmie scrofuleuse? Voilà une question que nous nous sommes posée et à laquelle nous croyons qu'il est impossible de répondre par l'affirmative lorsqu'on tient compte de l'ensemble des faits que nous allons présenter (2).

Mais, avant d'aborder ce sujet, il faut que nous nous expliquions sur les caractères spécifiques des ophthalmies en général.

Pendant que nous faisions nos études médicales, l'ophthalmologie a été pour nous un sujet de prédilection parce que la disposition des parties malades permet de voir ce qui s'y passe; mais déjà à cette époque nous reconnûmes que l'école allemande, à laquelle nous avons puisé notre instruction pour cette spécialité, exagérait singulièrement la spécificité des ophthalmies. On appelait, par exemple, ophthalmie catarrhale une simple conjonctivite; on désignait comme ophthalmie rhumatismale la simple phlegmasie de la sclérotique ou plutôt de ses tissus voisins; on prétendait voir dans l'ophthalmie syphilitique une vascularité toute particulière.

En examinant alors attentivement les faits qui s'étaient présentés dans les cliniques, nous arrivâmes à la conclusion qu'il n'y avait point de spécificité dans toutes ces formes, et que cette prétendue spécificité était principalement constituée par les divers modes de nutrition et de distribution naturelle des vaisseaux dans les membranes de l'œil; comme, en général, l'arrangement des vaisseaux capillaires influe sur l'aspect et la nature des inflammations et des exsudations. Par rapport à l'ophthalmie scrofuleuse, nous aimerions mieux lui subsister le nom d'*ophthalmie des scrofu-*

(1) Voyez entre autres la discussion qui a eu lieu dans le sein de l'Académie de médecine sur cette maladie (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. IX, p. 907 et suivantes, et *Annales d'Oculistique*, t. XI, pp. 231-236 et pp. 280-284, t. XII, pp. 43-51.)

(2) Loin de nous l'idée de reprocher à M. Lebeat la détermination qu'il a prise; mais son travail eût incontestablement acquis une valeur plus grande, s'il avait comparé les résultats statistiques qu'il expose plus loin avec ceux qui ont été recueillis sur une plus vaste échelle par d'autres observateurs, et, en particulier, par le rédacteur en chef de ces *Annales* (t. XV, pp. 240 et suiv.). Quelques-unes de ses conclusions se fussent ainsi trouvées confirmées ou infirmées, et il eût certainement été amené à examiner quelques points importants qu'il a négligés.

La Rédaction des Annales d'Oculistique.

leux, pour exprimer ainsi que, tout en reconnaissant la fréquence des maux d'yeux chez les sujets scrofuleux, nous n'y admettons cependant aucun caractère spécifique. Passons à présent en revue les diverses parties de l'œil malade chez ces individus.

Les paupières sont très-souvent le siége de l'inflammation scrofuleuse : à peu près dans les deux tiers des cas. Au début, il n'y a qu'une injection plus vive, de la rougeur et du gonflement des parties glandulaires. Bientôt il s'établit une sécrétion d'abord assez transparente, qui devient ensuite trouble et puriforme, et qui a surtout lieu pendant la nuit; ces malades se réveillent ordinairement le matin ayant les paupières un peu collées; plus tard, les glandes de Meibomius s'engorgent et donnent à la face interne des paupières un aspect granuleux; quelquefois même elles deviennent le siége d'une hypertrophie qui ensuite, en augmentant, prend les caractères de ce que l'on a décrit comme tumeur enkystée des paupières; d'autres fois, une ou plusieurs de ces glandes s'enflamment ou suppurent, et forment ce qu'on a appelé un orgeolet (*hordeolum*). Une seule fois nous avons trouvé de la matière tuberculeuse dans une de ces glandes.

Après des rémissions plus ou moins longues, la blépharite devient chronique et habituelle. C'est alors que le bord libre des paupières s'épaissit, il s'y forme des croûtes sous lesquelles on voit de petits ulcères creux; les cils, d'abord collés ensemble par groupes, se recourbent en dedans et irritent l'œil; plus tard, leur bulbe s'atrophie, ils tombent et ne sont qu'incomplétement remplacés par de petits poils très-fins et blancs. Le bord des paupières présente alors un aspect rouge, noueux, chauve; parfois il se développe même un ectropion.

Bientôt la conjonctive palpébrale s'hypertrophie dans une plus grande étendue; elle prend un aspect boursouflé et charnu, et quelquefois l'ectropion devient alors beaucoup plus complet; cependant il ne faut pas confondre ce genre d'ectropion avec celui que nous avons observé plusieurs fois chez les scrofuleux, qui provient d'une carie ou nécrose de l'os temporal ou de l'os malaire, et dû alors à des adhérences cicatricielles. On a prétendu que plus les paupières étaient malades, moins le globe de l'œil participait à l'inflammation. Ce fait est loin d'être généralement vrai, car nous avons plusieurs fois vu des malades atteints d'ophthalmie fort grave avec abolition de la vision, qui présentaient encore, après que les yeux étaient flétris, des blépharites fort intenses. Il

faut cependant convenir que, chez les scrofuleux, les paupières peuvent être malades assez longtemps sans que l'œil se prenne, tandis que les paupières restent rarement saines lorsque le globe de l'œil s'enflamme.

La conjonctive oculaire est souvent malade chez les scrofuleux. Nous avons pu confirmer la disposition partielle de l'injection vasculaire de cette membrane chez ces malades. Bien des fois, en effet, nous avons vu plusieurs faisceaux vasculaires se diriger vers le bord cornéal de la conjonctive et laisser entre eux des espaces non injectés de cette membrane; souvent aussi nous avons confirmé l'observation que ces faisceaux se terminaient par une phlyctène remplie d'abord de sérosité et ensuite d'un liquide purulent. Tantôt il n'y en a qu'une, tantôt plusieurs. M. de Walther dit en avoir observé jusqu'à onze sur le même œil. Voici l'explication que nous donnons de ces phlyctènes : les vaisseaux artériels se divisent, au bord cornéal de la conjonctive, en capillaires dont les réseaux se réunissent pour former des veinules. La circulation est ralentie dans ces réseaux terminaux; or, lorsque l'injection n'est que partielle, le reflux du sang affluant rencontre des obstacles, ce qui à son extrémité produit des épanchements, dont la conséquence est naturellement le soulèvement de quelques lamelles conjonctivales à son bord libre. Rien pourtant ne pourrait autoriser à trouver dans cette conjonctivite partielle des caractères spécifiques pour l'ophthalmie des scrofuleux, et on s'exprime plus correctement en se bornant à dire que chez les scrofuleux la conjonctive oculaire présente souvent des inflammations partielles.

La sclérotique, ou plutôt les vaisseaux qui se trouvent à la surface interne de la sclérotique, qui elle-même est très-pauvre en vaisseaux, et la cornée se prennent assez souvent dans l'ophthalmie des scrofuleux. La sclérotique montre plutôt une injection d'un rouge violacé au bord libre de la cornée ; cette membrane est trop épaisse et trop dense pour s'ulcérer et pour suppurer. Dans la kératite, par contre, la vascularité, quoique moins évidente, donne à la cornée un aspect terne et comme cendré plutôt qu'injecté. Les vaisseaux remplis par l'afflux inflammatoire rencontrent entre les lamelles de la cornée une moins forte résistance que dans la sclérotique; aussi voyons-nous assez souvent sur la cornée de légères érosions se former, qui bientôt passent à l'état d'ulcères superficiels autour desquels on reconnaît des vaisseaux. Ces ulcères peuvent se cicatriser, et, selon leur plus ou moins grande

étendue, ils laissent ou de légers nuages, ou des facettes, ou des taches sur la cornée, quelquefois même des cicatrices difformes connues sous le nom de leucômes. En les étudiant au microscope, on y trouve une substance granuleuse opaque entre les lamelles de la cornée, et dans les cicatrices plus opaques encore une couche épithéliale de nouvelle formation. Lorsqu'un seul œil, est le siége d'une tache, il se produit quelquefois une amaurose apparente ; les malades, voyant plus difficilement de cet œil, s'habituent bientôt à ne fixer les objets qu'avec l'autre œil, ce qui affaiblit notablement celui sur lequel se trouve la tache. Nous avons vu M. Sichel guérir cette amaurose que l'on pourrait appeler *amaurose par paresse,* en faisant simplement bander l'œil sain durant un assez long espace de temps, et en forçant ainsi l'œil, trouble à reprendre l'habitude de la vision. L'ulcère perfore quelquefois la cornée : il y a alors procidence de l'iris, adhérence partielle, et c'est dans ces cas que se forme souvent plus tard le staphylôme opaque qui, en se développant, tient les paupières écartées, produit une blépharite chronique et nécessite par cela même l'excision. Il est à remarquer que l'épanchement du pus entre les lamelles de la cornée ou dans la chambre antérieure (l'onyx et l'hypopyon) survient assez rarement chez les scrofuleux.

La photophobie est souvent un des symptômes des plus tenaces et des plus désagréables de l'ophthalmie scrofuleuse ; nous l'avons vue persister pendant des mois entiers. En général, elle n'est point liée à une ophthalmie profonde et grave, et lorsqu'elle n'est pas accompagnée d'une abondante suppuration des paupières, les malades montrent souvent plus tard, en ouvrant les yeux, à peine de légers nuages sur la cornée.

La photophobie paraît plutôt être une affection spasmodique que le résultat de l'inflammation. Dans notre pratique, nous l'avons souvent combattue avec avantage par une forte décoction d'herbe de jusquiame (12 à 16 gram. pour 240 gram. de liquide avec addition de 3 à 4 gram. de borate de soude), et ce qui nous confirme dans l'opinion que la photophobie n'est qu'une affection spasmodique, c'est que nous avons vu M. Angelstein, chirurgien à l'hôpital de clinique de Berlin, dissiper quelquefois promptement et presque instantanément ce symptôme par une méthode, nous l'avouons, en apparence bien barbare : il plonge la tête de ces enfants pour un moment dans un baquet rempli d'eau froide et les place ensuite sur le bord d'une table, où l'instinct avertit ces

malades qu'ils vont tomber s'ils n'ouvrent pas les yeux. Nous devons à la vérité de dire que la photophobie a quelquefois cessé comme par enchantement par l'emploi de ce moyen. Il va sans dire qu'on surveille ces enfants de manière à ce qu'il ne puisse leur arriver aucun accident.

Une fois nous avons observé un torticolis chronique consécutif à une photophobie prolongée, l'enfant ayant toujours tenu sa tête penchée du côté malade et photophobe.

Le larmoiement est parfois un symptôme bien incommode dans les ophthalmies des scrofuleux ; le contact seul des larmes chaudes, âcres et abondantes, peut produire chez ces malades des éruptions eczémateuses et impétigineuses à la figure, lesquelles, jointes à la photophobie et à l'habitus scrofuleux, donnent à ces pauvres êtres un aspect des plus disgracieux. En général cependant, le larmoiement constitue un symptôme peu grave dans cette ophthalmie.

La perte des yeux est heureusement bien plus rare par suite de l'ophthalmie des scrofuleux qu'à la suite de l'ophthalmie blennorrhagique des nouveau-nés. Je suis toujours parvenu à empêcher cette issue fâcheuse chez les scrofuleux dont j'ai pu diriger complétement le traitement. La combinaison de l'emploi énergique des antiphlogistiques, des révulsifs, des narcotiques, des purgatifs et des remèdes dits antiscrofuleux peut souvent sauver l'œil dans des cas en apparence désespérés. La perte de l'œil, lorsqu'elle survient, est la conséquence d'une blépharite fortement suppurative ou celle d'une ophthalmie profonde et interne.

Il est rare que dans le courant d'une ophthalmie scrofuleuse les deux yeux ne se prennent point, mais l'inflammation est souvent alternativement plus intense sur l'un et l'autre œil.

On a prétendu que les exacerbations journalières survenaient surtout le matin. Nous n'avons pas observé un type aussi régulier. Les variations atmosphériques, surtout la pluie et le froid, nous ont paru augmenter momentanément ces accidents chez quelques malades : chez d'autres elles n'exerçaient aucune influence.

Rien de plus irrégulier que la marche des maux d'yeux chez les scrofuleux. Très-chronique et très-longue, comme nous le prouverons bientôt par nos tableaux numériques de durée, on voit quelquefois l'inflammation chronique passer à l'état aigu, d'autres fois disparaître pour quelques mois et même pour des années sans que l'on puisse préciser la cause de ces changements ; et, chose

curieuse, on observe des cas dans lesquels des ophthalmies longues et parfois intenses permettent aux yeux de revenir complétement à leur état le plus normal, quoique souvent ils restent délicats et disposés à l'irritation pour toute la vie.

Jetons à présent un coup d'œil sur le résultat du dépouillement de 162 observations d'ophthalmie des scrofuleux que nous avons recueillies.

Il y avait sur ce nombre 73 hommes et 89 femmes, ainsi presque $\frac{1}{5}$ de plus pour le sexe féminin que pour les hommes.

Nous avons divisé les cas de chaque sexe en deux catégories, les scrofuleux avec ou sans complication tuberculeuse. Les 73 cas d'hommes en comprennent 53 de la première et 20 de la seconde catégorie ; chez les femmes il y en a 66 de la première et 22 de la seconde. Ainsi pour les deux sexes nous avons 120 individus non tuberculeux, ce qui fait les $\frac{3}{4}$, et $\frac{1}{4}$ avec complication de tubercules glandulaires ou internes. Cela prouve que, malgré la fréquente coïncidence des tubercules glandulaires avec l'ophthalmie, celle-ci est cependant beaucoup plus fréquente encore chez les scrofuleux exempts de cette complication.

Voici le tableau synoptique de ces chiffres.

Nombre des scrofuleux et tuberculeux atteints d'ophthalmie.

	Scrofuleux.		Scrof. et tubere.		Total.
Hommes.	53		20		73
Femmes.	67		22		89
	120	+	42	=	162

L'âge des scrofuleux atteints d'ophthalmie offre aussi quelques particularités intéressantes à noter, que nous allons suivre dans les diverses catégories indiquées. Le plus grand nombre se rencontre, comme nous l'avons vu, chez les scrofuleux non tuberculeux. Au lieu du chiffre précédent de 120, nous n'avons que celui de 118, vu que chez deux individus du sexe masculin nous avons oublié de noter l'âge. Regardons d'abord chaque sexe à part et ensuite les résultats d'ensemble. Chez les hommes, il y a à peine $\frac{1}{7}$ des cas avant 5 ans ; c'est de 5 à 15 ans que se trouve la plus grande fréquence ; de 5 à 10 c'est le tiers ; de 10 à 15 la proportion augmente et va un peu au delà des $\frac{2}{5}$; de 15 à 20, nous rencontrons un dixième des cas, et entre 20 et 25, seulement 2 en tout.

Chez les femmes, la fréquence avant la cinquième année est

beaucoup plus grande : au lieu de $\frac{1}{7}$, nous avons 18 cas sur 67, ce qui fait à peu près $\frac{4}{15}$; de 5 à 10 cette proportion augmente encore considérablement et au lieu de $\frac{1}{3}$ elle dépasse les $\frac{2}{5}$, ce qui fait que, de la première à la dixième année, nous rencontrons déjà presque les $\frac{2}{3}$. De 10 à 15 cette fréquence descend notablement, et le nombre de 12 exprime à peu près les $\frac{2}{11}$, tandis que pour les garçons c'était l'âge de la plus grande fréquence des $\frac{3}{5}$. Nous arrivons donc ici à quelque chose d'analogue au fait signalé pour la tuberculisation glandulaire, avec cette différence seulement, que des proportions très-analogues ont lieu à un âge de cinq ans plus avancé. De 15 à 20, l'ophthalmie devient encore plus rare, à peine $\frac{1}{13}$, et après 20 ans jusqu'à 45, nous rencontrons en tout 6 cas qui encore, pour la plupart, se rapportent à des individus affectés d'ophthalmies scrofuleuses pendant l'enfance.

Si nous envisageons à présent la fréquence selon l'âge pour les deux sexes ensemble, nous trouvons à peu près $\frac{1}{4}$ avant 5 ans, plus de $\frac{1}{3}$ de 5 à 10, et c'est l'âge de la plus grande fréquence; ensuite passé $\frac{1}{4}$ entre 10 et 15, puis à peu près $\frac{1}{13}$ de 15 à 20 ans, et un peu plus de $\frac{1}{15}$ après 20 ans.

Le tableau synoptique suivant fera bien ressortir tous ces détails.

Age des scrofuleux atteints d'ophthalmie.

Age.	Hommes.		Femmes.		Total.
1 à 5 ans.	7		18		25
5 à 10	17		26		43
10 à 15	20		12		32
15 à 20	5		5		10
20 à 25	2		2		4
25 à 30	»		2		2
30 à 35	»		1		1
35 à 40	»		»		»
40 à 45	»		1		1
	51	+	67	=	118

Pour les scrofuleux atteints de tubercules, nous n'avons pas un assez grand nombre de faits pour que les chiffres permettent d'en tirer quelques conclusions. Signalons cependant les principales différences avec la catégorie précédente. Nous avons avant l'âge de dix ans peu de différence pour les deux sexes, et en tout un peu plus de $\frac{1}{4}$ des cas, tandis que nous avions presque la moitié chez les scrofuleux non tuberculeux. La plus grande fréquence

ici est entre 10 et 15 ans, savoir 18 sur 42, ce qui fait $\frac{1}{7}$. De 15 à 20 ans nous trouvons aussi une plus forte proportion, en tout presque $\frac{1}{7}$; après 20 ans l'ophthalmie devient rare. Par rapport aux sexes, nous trouvons de nouveau une fréquence plus grande entre 10 et 15 chez les filles, et entre 15 et 20 chez les garçons; proportion exactement la même que celle de la tuberculisation glandulaire externe en général.

Le tableau synoptique suivant indiquera tous ces rapports.

Age des malades atteints d'ophthalmie, de scrofules et de tubercules.

Age.	Hommes.		Femmes.		Total.
1 à 5 ans.	1		3		4
5 à 10	4		3		7
10 à 15	6		12		18
15 à 20	7		3		10
20 à 25	2		»		2
25 à 30	»		»		»
30 à 35	»		»		»
35 à 40	»		1		1
40 à 45	»		»		»
	20	+	22	=	42

Si nous résumons à présent ces deux catégories en une seule, nous trouvons, par rapport à l'âge, dans l'ophthalmie des scrofuleux en général, $\frac{10}{16}$ entre 5 et 15, dont $\frac{5}{16}$ entre 5 et 10, et la même proportion entre 10 et 15 ans. De 15 à 20, nous ne rencontrons plus que $\frac{1}{8}$; de 20 à 25, $\frac{3}{80}$; et après 25, seulement $\frac{1}{32}$.

L'ophthalmie des scrofuleux est donc une maladie presque spéciale à l'enfance, qui diminue d'une manière sensible après la puberté et devient rare après 20 ans. Observons, avant de donner le tableau synoptique de cet ensemble, qu'il faut encore ici tenir compte de la durée de la maladie, et comparer avec ces tableaux ceux qui vont suivre sur la durée.

Age des scrofuleux atteints d'ophthalmie avec ou sans complication tuberculeuse.

Age.	Scrofules.	Scrofules et tubercules.	Somme totale.
1 à 5 ans	25	4	29
5 à 10	43	7	50
10 à 15	32	18	50
15 à 20	10	10	20
A reporter..	110	39	149

Age.	Scrofules.	Scrofules et tubercules.	Somme totale.
Report.	110	39	149
20 à 25	4	2	6
25 à 30	2	»	2
30 à 35	1	»	1
35 à 40	»	1	1
40 à 45	1	»	1
	118	42	160

Nous avons noté la durée de l'ophthalmie dans 71 cas, 34 fois chez les hommes, 37 fois chez les femmes. Comme nous l'avons indiqué précédemment, beaucoup de malades ne répondaient pas d'une manière assez précise à nos questions pour qu'on pût noter la durée exacte. D'autres avaient eu des ophthalmies pendant leur première enfance, qui, après un long intervalle, avaient reparu plus tard. D'autres enfin avaient des ophthalmies de temps en temps, et restaient quelquefois six mois et plus longtemps sans avoir les yeux malades. On comprend que, ne sachant comment classer ces cas-là, nous avons préféré ne pas les faire entrer dans notre tableau.

Nous avons noté la durée depuis un mois jusqu'à onze ans, ce qui montre combien il existe à cet égard de différence. Mais les cas les plus fréquents remontaient à un, deux ou trois ans au moment où nous avons commencé à observer les malades. Chez ceux que nous avons pu suivre pendant un certain nombre d'années, nous nous sommes convaincu que souvent des guérisons, en apparence complètes, n'étaient que trompeuses et temporaires. D'un autre côté, nous avons vu des enfants se remettre complétement, après avoir mis la patience des parents et celle du médecin à une rude épreuve, par la ténacité de leur mal et par la difficulté de juger de toute l'étendue de l'ophthalmie, à cause d'une photophobie prolongée. Nous insistons sur ce fait, pour montrer combien le pronostic de cette maladie est quelquefois difficile à poser. Du reste, nous n'avons point trouvé de différence marquée pour les deux sexes, si ce n'est que chez les femmes le mal a paru plus tenace.

Voici à présent les tableaux de la durée chez ces malades (1).

(1) Le second de ces tableaux présente quelques erreurs que nous avons signalées par des chiffres placés entre parenthèse, à côté de ceux qui nous ont paru omis ou fautifs.

La Rédaction des Annales d'Oculistique.

Durée de l'ophthalmie chez les scrofuleux sans tubercules glandulaires.

Durée.	Hommes.	Femmes.	Total.
1 à 6 mois	3	3	6
6 à 9	1	1	2
9 mois à 1 an	2	2	4
1 à 2 ans	7	8	15
2 à 3	»	6	6
3 à 4	2	1	3
4 à 5	»	1	1
5 à 6	1	1	2
6 à 7	»	1	1
7 à 8	»	»	»
8 à 9	1	»	1.
9 à 10	2	1	3
10 à 11	1	»	1
11 à 12	»	»	»
12 à 13	»	»	»
13 à 14	»	»	»
14 à 15	»	»	»
15 à 16	»	1	1
	20 +	26 =	46

Durée de l'ophthalmie chez les individus atteints de tubercules et de scrofules à la fois, et tableau de l'ensemble.

Durée.	Hommes.	Femmes.	Total.	Somme des 2 tableaux.
1 à 6 mois	4	»	4	10
6 à 9	2	»	2	2 (4?)
9 mois à 1 an.	»	»	»	4
1 à 2 ans	3	3	6	21
2 à 3	3	»	3	9
3 à 4	1	1	2	5
4 à 5	»	» (2?)	» (2?)	5 (3?)
5 à 6	1	3	4	6
6 à 7	»	»	»	1
7 à 8	»	»	»	»
8 à 9	»	1	1	2
9 à 10	»	»	»	3
10 à 11	»	»	»	1
11 à 12	»	»	»	»
12 à 13	»	1	1	1
15 à 16	»	»	»	1
	14 +	11 =	25	71

On a prétendu que les malades atteints d'ophthalmie scrofuleuse

étaient de ceux qui présentaient le plus constamment l'habitus scrofuleux. Nous avons noté soigneusement l'aspect extérieur des individus que nous avons examinés. Sur 11 seulement, ainsi sur $\frac{1}{15}$ des cas, nous l'avons trouvé bien prononcé. Rien de plus vague et de plus élastique que le mot habitus scrofuleux. Le critérium que nous recommandons aux praticiens, c'est de noter l'existence ou l'absence de cet habitus chez des malades qu'on voit pour la première fois, avant qu'on ne sache quelle est la nature de leur maladie. Dans bien des cas cela ne se pratique pas, parce que ces maux sont trop extérieurs pour ne pas frapper de suite la vue. Mais en partant du principe, certainement vrai et juste, que beaucoup d'inflammations chroniques d'un côté, ainsi que les affections tuberculeuses diverses de l'autre, sont confondues avec les scrofules, on ne posera son diagnostic qu'après mûr examen. De cette manière nous avons vu souvent que des malades étaient scrofuleux, sans que rien dans leur figure l'eût dénoté, et que, d'un autre côté, un certain nombre d'individus avaient les apparences de cet habitus sans être scrofuleux. Cela s'applique essentiellement aux individus peu intelligents, et aux contrées dans lesquelles le crétinisme est endémique. En résumé, tant pour les ophthalmies que pour les autres scrofules, l'habitus manque bien plus souvent qu'il n'existe.

Nous avons noté 8 fois l'époque à laquelle la menstruation s'est établie. Une fois c'était à quatorze ans, 4 fois à seize ans ; une fois la menstruation n'était pas encore établie, 2 fois elle n'a commencé à se montrer qu'à vingt ans. Nous arrivons donc ici encore à la conclusion que la menstruation est retardée par les scrofules, et que l'hématose viciée qui accompagne ces maladies retarde la puberté. Nous nous sommes demandé si peut-être la tendance pyogénique bien prononcée des scrofules et la déperdition constante des sucs établissaient une espèce d'anémie, ou, pour nous exprimer d'une manière plus juste, une oligémie (car anémie veut dire dans la traduction littérale, absence de sang). Mais les jeunes filles scrofuleuses nous ont paru rarement chlorotiques, et d'après toutes les recherches récentes bien faites, le flux menstruel n'est, pour ainsi dire, qu'un symptôme de la menstruation, dont la nature essentielle consiste en une maturation des ovaires et des ovules, avec chute périodique de ces derniers après que cette maturation a eu lieu, fait qui se rapporte aux lois générales de la fécondation, tant du règne végétal que du règne animal. Ainsi, si les ovaires

étaient mûrs, le corps fournirait toujours le sang nécessaire, et si l'on veut s'exprimer correctement, il faut dire que les maladies scrofuleuses retardent la maturité des ovaires.

Voici le tableau synoptique des 8 cas mentionnés.

Age de l'apparition des menstrues.

Réglée à 14 ans	1 fois.
— 16	4; pas encore réglée, 1 fois.
— 16	2 fois.
	8

Il est essentiel d'étudier à présent les formes de scrofules avec lesquelles l'ophthalmie se combine. Le plus souvent elle n'est liée qu'à une seule forme du mal scrofuleux, qui, dans le courant de l'ophthalmie, change fréquemment de nature; c'est ainsi, par exemple, qu'une ophthalmie coexistera avec une maladie de la peau; celle-ci se guérira, et il surviendra alors une carie ou une tumeur blanche, etc. Il n'est pas très-rare cependant que l'on rencontre en même temps deux et trois affections scrofuleuses diverses qui coïncident ou alternent avec le mal d'yeux.

Sur 162 cas nous avons noté 93 fois une complication, ce qui prouve que l'ophthalmie est rarement l'expression unique du mal scrofuleux. Il va sans dire que nous faisons abstraction ici des cas de complication avec des engorgements tuberculeux.

La complication de beaucoup la plus fréquente était celle des maladies de la peau : elle a eu lieu 44 fois, ce qui fait presque la moitié; elle a été d'un tiers plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Trente-quatre fois sur les 44 la peau seule était le siége de scrofules. Les affections cutanées qui compliquaient le plus souvent l'ophthalmie étaient l'impétigo à la tête et à la figure, souvent autour et à l'entrée du nez; l'eczéma derrière les oreilles et sur les membres se voyait assez souvent aussi. Le lupus du nez et des autres parties de la figure s'est également rencontré 7 fois comme complication. D'autres éruptions, telles que l'eczéma, le lichen, l'acné, l'herpès, etc., se trouvent plus rarement dans nos observations. Dans quelques cas plusieurs de ces formes alternaient les unes avec les autres. Les affections de la peau étaient quelquefois combinées avec de légers engorgements sympathiques des glandes du cou, d'autres fois avec des ulcères, des caries, des tumeurs blanches, soit dans la combinaison de deux, de trois et de

quatre de ces formes scrofuleuses chez le même individu atteint d'ophthalmie.

Après les dermatoses, c'étaient les maladies du système osseux qui coïncidaient le plus souvent avec l'ophthalmie, en tout 22 fois, ce qui fait $\frac{1}{4}$ de l'ensemble. La carie était plus fréquente chez les hommes que chez les femmes ; 13 chez les uns, 9 chez les autres. Cette proportion s'égalise lorsqu'on ajoute les cas dans lesquels la carie était combinée avec des ulcères ou des tumeurs blanches. On arrive alors au chiffre total de 34 maladies des os, ce qui fait passé $\frac{1}{3}$ des 91; 16 chez les hommes et 18 chez les femmes. Nous avons noté sur ce chiffre de 34, 3 fois des déformations rachitiques du squelette; dans tous les autres, c'était ou une carie, ou une nécrose, ou un engorgement de l'os sans ulcères ni fistules. Le plus souvent c'étaient les os des membres qui étaient malades, surtout ceux des pieds et des mains, quelquefois la carie était multiple. Lorsqu'elle était compliquée d'une tumeur blanche, le siége de la carie était parfois dans cette même articulation, et d'autres fois autour des articulations saines.

Le tableau synoptique suivant montre les proportions de tous ces chiffres.

Tableau des diverses complications non tuberculeuses de l'ophthalmie scrofuleuse.

	Hommes.		Femmes.		Total.
1° Affection de la peau seule.	14	+	20	=	34
2° — avec engorgement glandulaire simple, ou avec carie, ou avec ulcères ou tumeurs blanches. .	3	+	7	=	10
3° Affection des os, comme seule complication ou avec d'autres maux scrofuleux	16	+	18	=	34
4° Ulcères ou abcès comme seule complication.	2	+	1	=	3
5° Affections des articulations seules. . .	2	+	2	=	4
6° Ulcères et engorgement glandulaire non tuberculeux.	1	+	»	=	1
7° Ulcères et tumeurs blanches.	1	+	1	=	2
8° Otorrhée	2	+	1	=	3
9° Vaginite	»	+	2	=	2
	41	+	52	=	93

Diagnostic.— Ainsi que nous l'avons vu plus haut, l'aspect local

de l'ophthalmie des scrofuleux n'offre point d'injection vasculaire spécifique ; cependant l'ensemble de ses symptômes permettra presque toujours d'établir le diagnostic. Le siége ordinaire de cette affection dans les paupières ou dans la conjonctive oculaire, l'opiniâtreté de ce mal, les fréquentes intermissions, la photophobie, l'existence de pustules au bord de la cornée, mettront déjà sur la voie de l'élément étiologique, et celui-ci ressortira incontestablement de l'examen de l'état général, et surtout de la constatation des complications, soit avec des tubercules glandulaires, soit avec des affections scrofuleuses de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, des articulations et des os. Il est d'autant plus essentiel de tenir compte de l'état général, que sans cela on irait certainement trop loin en déclarant une ophthalmie de nature scrofuleuse d'après les signes locaux seuls : il faut toujours se rappeler que les ophthalmies, tant aiguës que chroniques, ne sont pas rares chez les enfants non scrofuleux ; mais, d'un autre côté, il est rare aussi, lorsqu'un enfant est atteint de la diathèse scrofuleuse, que les yeux soient le seul organe dans lequel le mal se localise.

Pronostic. — Si dans la grande majorité des cas l'ophthalmie des scrofuleux ne se termine ni par la destruction de l'œil ni par l'abolition de la vue, elle est cependant, parmi les affections inflammatoires de l'œil, une des plus tenaces et des plus capricieuses, cessant souvent sans cause appréciable et revenant de même. De plus, elle laisse, dans des cas fréquents, les paupières dégarnies de cils, difformes et disposées à des irritations fréquentes, et nous avons vu qu'il n'était pas rare d'observer à sa suite sur la cornée des taches qui troublaient considérablement la vue. Il faut, par conséquent, que le praticien soit très-réservé dans son pronostic, soit pour la durée, soit pour les conséquences de cette affection.

L'ophthalmie m'a paru plus tenace lorsqu'il existait de nombreux engorgements tuberculeux dans les glandes du cou. La photophobie, qui empêche quelquefois les malades pendant des mois entiers d'ouvrir les yeux, n'est pas d'un si fâcheux augure qu'on pourrait le croire de prime abord, et après cette longue durée les malades, en rouvrant les yeux, montrent souvent la cornée et les parties profondes dans leur état à peu près normal. La conjonctivite oculaire permet un meilleur pronostic que celle des paupières, qui est plus tenace et plus disposée aux récidives. La kératite est également difficile à guérir à cause des réseaux vascu-

laires de la face postérieure de la cornée qui sont des plus difficiles à atteindre

L'amaurose sur un œil dont la cornée est trouble, est d'un pronostic bien moins fâcheux que celle qui sévit sur un œil parfaitement transparent, parce qu'alors c'est par inaction de l'œil, par paresse, pour ainsi dire, que les malades ne voient pas; et lorsqu'on bande l'autre œil, celui dont la vue paraissait abolie reprend ses facultés visuelles. L'âge enfin ne doit pas être sans influence sur le pronostic, vu que l'approche de la puberté est surtout favorable pour les ophthalmies qui ont duré longtemps; celles, par contre, qui se développent à cette époque-là sont généralement très-tenaces; enfin l'ophthalmie qui survient chez les très-jeunes enfants ne se prolonge pas nécessairement jusqu'à l'âge de la puberté, et on la voit souvent guérir longtemps avant cet âge.

OPHTHALMIE DU RÉGIMENT DES GRENADIERS DE LA REINE ET DU 2me BATAILLON DE CHASSEURS DE L'ARMÉE PORTUGAISE;

Rapport fait à la Société des sciences médicales de Lisbonne, au nom d'une commission composée de MM. JOAO JOSÉ DE SIMAS, rapporteur, JOSÉ EDUARDO MAGALHAES COUTINHO et ANTONIO DAMASO GUERREIRO.

TRADUIT DU PORTUGAIS

par le docteur JOSÉ BARBOSA LEÃO,

chirurgien du 2e bataillon de chasseurs, à Lisbonne, etc. (*).

L'apparition d'une ophthalmie épidémique dans divers régiments de la capitale et des provinces du Portugal, sa propagation rapide et prompte d'individu à invididu dans les compagnies où elle

(*) Je dois faire observer que le rapport qu'on va lire ne m'est parvenu, comme on peut le voir par la lettre de M. DE SIMAS (*Annales d'Oculistique*, vol. XXIII, p. 243), qu'à la fin du mois de mai 1850; je n'ai donc pu m'en occuper lorsque j'ai rédigé la lettre sur l'ophthalmie de l'armée portugaise que j'ai adressée le 12 février 1850 à M. le comte D'AZINHAGA, ministre résident de S. M. T. F. près S. M. le roi des Belges (Voir *Annales d'Oculistique*, vol. XXIII, pp. 76-99, et *Jornal da Sociedade das Sciencias medicas de Lisboa*, marzo, abril e junho 1850, pp. 145, 197 et 342). — Le rapport de M. DE SIMAS porte la date du 31 janvier 1850; c'est dire que ce médecin ne connaissait point ma lettre à l'époque où il a écrit.

FLORENT CUNIER.

règne, la crainte grave et sérieuse de la voir s'étendre successivement à l'armée entière, les ravages irremédiables qu'elle a déjà exercés et qui ont fait naître dans la population civile des appréhensions prudentes, ont engagé le gouvernement de Sa Majesté à s'entourer de renseignements circonstanciés sur cet objet d'une importance à la fois si grande et si actuelle. C'est dans ce but qu'il a nommé deux commissions qui, après un examen habile et consciencieux, lui ont exposé chacune dans un rapport lucide et étendu leur opinion sur la maladie.

Ces rapports ont été publiés dans le *Diario do Governo* du 22 décembre dernier; l'un est dû à deux médecins civils (1); l'autre a pour auteurs deux médecins militaires (2). Ces documents sont également intéressants; mais on y voit percer visiblement certaines divergences dans les idées et les conclusions.

Ce résultat est à déplorer. La question, bien qu'étudiée et débattue avec talent, n'en est pas moins restée sans solution; la controverse des opinions n'a pu l'éclaircir. C'est que la médecine ne repose pas encore sur des bases assez positives et sur des principes assez solides et irréfragables pour que l'on puisse résoudre complétement un problème pratique quelconque au moyen de la simple spéculation ou des déductions d'une théorie philosophique.

Ce n'est cependant pas en vue de cette divergence que la Société des sciences médicales a entendu faire de la question de l'ophthalmie de l'armée l'objet de ses débats scientifiques; telle a été, du moins, l'opinion de la commission dont j'ai l'honneur d'être le rapporteur, et à laquelle vous avez donné la mission de vous soumettre un travail destiné à servir de thème à votre discussion. Aussi, vos commissaires, tenant compte de la dignité de votre compagnie, de l'importance et de la gravité de l'étude que vous les avez chargés de faire, ont-ils compris qu'ils devaient concentrer leur attention sur l'objet principal, sans s'arrêter à une question qu'ils croyaient étrangère au but qu'ils se proposent.

Symptomatologie. — Pendant les mois de mai et de juin 1849, un grand nombre de soldats du régiment des Grenadiers de la

(1) Voir *Annales d'Oculistique*, vol. XXIII, p. 61, la reproduction de ce rapport, dû à MM. Pulido et Beirão.

(2) Voir *Annales d'Oculistique*, ibid., p. 57, le rapport de MM. Moreira et Seixas.

Reine et du 2e bataillon de chasseurs, furent atteints simultanément et successivement d'une ophthalmie épidémique, qui continue encore aujourd'hui à régner tant dans ces corps que dans les autres corps de la garnison de Lisbonne.

Cette ophthalmie débutait ordinairement vers le soir ou pendant la nuit, indistinctement à l'un ou à l'autre œil, et parfois aux deux yeux à la fois, par un certain prurit ou des picotements que les soldats attribuaient à l'introduction, entre leurs paupières, d'un cil, ou de la chaux avec laquelle ils blanchissent leur fourniment. Le matin en s'éveillant, ils ressentaient une légère difficulté à ouvrir les yeux, à cause du mucus concret qui agglutinait les paupières et s'accumulait au grand angle de l'œil, où il constituait ce que l'on appelle vulgairement *rameïla* (chassie). La sécrétion des larmes semblait augmenter quelque peu à l'exposition à la lumière, qui n'occasionnait d'ailleurs aucune gêne dans la plupart des cas. Nous devons dire cependant que nous avons interrogé plusieurs soldats qui n'avaient point ressenti ces symptômes.

Ensuite, l'inflammation paraissait débuter dans sa marche par une rougeur vermeille superficielle de la conjonctive palpébrale, dans laquelle on remarquait une injection vasculaire formée de vaisseaux distincts. Cet état que nous n'avons vu que peu de fois, et qui est commun à toutes les blépharites, ne durait pas longtemps.

A mesure que la phlogose augmentait, l'injection devenait profonde, et la rougeur vermeille brunissait. Cette rougeur généralement uniforme, et évidemment due à l'injection des vaisseaux les plus fins qui constituent le parenchyme de la membrane, s'étendait d'une manière constante jusqu'au pli de la conjonctive rétro-tarsienne, qui se tuméfiait plus ou moins; de telle façon que si on recommandait au malade de regarder en haut, et que l'on renversât en même temps la paupière inférieure, elle apparaissait comme une corde ou un ruban vermeil, tangent au globe, et s'étendant d'un angle palpébral à l'autre.

Cette couleur *saturée* de la conjonctive palpébrale et rétro-tarsienne, dans laquelle il était impossible de distinguer aucun vaisseau, méritait mieux le nom de *teinture* que celui d'injection; la muqueuse paraissait en effet teinte de sang.

Toutefois, si la phlegmasie se propageait constamment au pli de la conjonctive, elle respectait au contraire les bords palpébraux et les glandes de Méibomius, que leur situation et leur couleur

particulières faisaient facilement distinguer. Le globe de l'œil apparaissait brillant, et la conjonctive sclératicale saine et transparente.

C'était à cette période de la maladie que l'on découvrait avec facilité à la superficie de la muqueuse des paupières et du pli, les petits corps ou éminences auxquelles les ophthalmologues donnent le nom de *granulations :* il nous a paru que quelques individus n'en présentaient pas, ou du moins n'en portaient qu'un petit nombre.

Les granulations apparaissaient *isolées* ou simultanément à la paupière supérieure, à l'inférieure, ou dans la conjonctive du pli ; elles commençaient toujours à se montrer aux extrémités des cartilages. Chez un soldat du 2e chasseurs, que nous avons examiné dans le *Castello,* nous avons rencontré à la paupière supérieure de l'œil gauche, près de l'angle externe, un groupe de quatre granulations, plus petites que des têtes d'épingle, éparses, réfléchissant la lumière et reposant sur une injection fine bornée à ce point. A la paupière inférieure de l'œil gauche, la conjonctive, un peu tuméfiée et uniformément rouge, présentait précisément au bord postérieur (inférieur) du cartilage une autre granulation de forme conique, remplie d'un liquide tirant sur le jaune, qui ressemblait jusqu'à un certain point au pus.

Quel qu'ait été leur siége, les granulations se sont montrées diverses de forme, de couleur, d'aspect et de volume : tantôt acuminées et vésiculaires, tantôt rondes ou ovales, variant par leur grandeur, leur nombre et leur disposition. Les plus nombreuses se rencontraient aux paupières supérieures, dont la surface muqueuse en était recouverte dans quelques cas. Leur consistance et leur volume semblaient être proportionnés à leur durée.

Sur 35 soldats traités au quartier de *San João de. Deos* par M. Moreira, presque tous portaient des granulations, — les unes brillantes, petites, du volume de grains de sable ou d'œufs de poisson, rondes et comme transparentes,— les autres plus grosses, de forme ovale et opaques. Ces dernières étaient toujours en plus grand nombre et coïncidaient avec une durée plus longue de la maladie. Toutes participaient de la rougeur uniforme de la conjonctive, dans laquelle elles étaient disposées par séries, groupes ou *masses.* La disposition par séries nous a paru particulière à la membrane du pli, qui, comme la palpébrale, était augmentée de volume et tuméfiée. La conjonctive du globe était intacte et luisante, et la sécrétion lacrymale, augmentée chez quelques-uns,

était normale chez la plupart. Nous n'avons observé ni pus, ni matière puriforme d'une qualité quelconque. — Tous ces hommes étaient âgés de vingt-cinq à trente ans et de tempéraments divers. — La maladie avait débuté avec ou sans picotements. — Aucun n'avait souffert de rhume ou de toux.

Les rechutes avaient été si fréquentes que 24 des 35 malades en comptaient déjà plus d'une; chez tous, la première irruption du mal avait été bénigne ou avait cédé avec facilité au traitement. Il en était de même des ophthalmiques que nous avons vus à l'hôpital *da Boa-Hora*.

Cet état de maladie ainsi limité peut persister indéfiniment sans augmenter et malgré le traitement. Dernièrement, nous avons eu occasion de passer une inspection des yeux des soldats du 2e bataillon de chasseurs, conjointement avec M. Perdigão, chirurgien-major de ce corps, et nous avons retourné au moins 200 paupières; nous avons rencontré 30 à 40 hommes (que M. Perdigão avait notés la veille), dont les yeux étaient sains en apparence, et dont les paupières étaient granuleuses et les conjonctives tuméfiées, veloutées et injectées d'une manière très-fine jusqu'au repli. Depuis combien de temps ces soldats étaient-ils ainsi atteints tout en faisant leur service? Et combien de temps auraient-ils pu le continuer sans inconvénient? C'est ce que nous ignorons.

Cependant l'inflammation, au lieu de se limiter, augmente et tend à envahir la conjonctive scléroticale. La membrane du pli augmente de plus en plus, et l'injection se répand plus ou moins uniformément sur l'œil jusqu'aux limites de la cornée. L'aspect des yeux est brillant, la sécrétion lacrymale abondante, et une photophobie intense apparaît. Jusqu'ici il n'y a eu ni douleur, ni réaction générale sensible. Mais si la phlegmasie continue sa marche ascendante, ce qui s'est vu peu de fois, l'observation suivante donnera une idée de la gravité que revêt la maladie.

Obs. — Le soldat N*** conservait depuis longtemps les paupières granuleuses, malgré des cautérisations faites régulièrement à plusieurs reprises. Tout à coup, et sans cause connue, l'inflammation, jusque-là limitée et comme sommeillante, s'éveilla vive et intense, gagna la conjonctive oculaire qui s'injecta et se tuméfia d'une façon extraordinaire : à mesure que cette membrane augmentait d'épaisseur, elle s'élevait uniformément autour de la cornée, sur laquelle elle s'étendit au point de couvrir la presque totalité de sa surface. Les paupières se tuméfièrent aussi, subitement et extraordinairement, surtout la supérieure, qui pen

dait allongée sur l'inférieure; elle était fortement convexe, et comme érysipélateuse à sa surface cutanée.

Un liquide purulent ou puriforme, semblable au *muco-pus* de la blennorrhagie intense, d'un jaune verdâtre et épais, s'écoulait d'entre les paupières avec une abondance telle que M. Abreu a évalué à 6 ou 8 onces sa sécrétion dans les vingt-quatre heures. La photophobie était alors excessive et accompagnée de douleurs vives, tantôt continues, tantôt intermittentes, naissant du fond de l'orbite et s'irradiant à toute la tête; la réaction fébrile était également forte; enfin, il se manifesta tous les symptômes d'une ophthalmie purulente blennorrhagique.

Cette période aiguë de l'inflammation oculaire, après avoir duré quelque temps, rétrograda heureusement sous l'influence d'un traitement énergique. Les paupières revinrent peu à peu à leur volume normal, et le pus devint plus liquide et moins verdâtre en même temps que moins abondant. La douleur orbitaire se dissipa, la fièvre diminua et le chémosis s'abattit considérablement. Ce n'est qu'alors qu'il fut possible de découvrir le globe oculaire. La cornée de l'œil droit était demeurée intacte et transparente; celle de l'œil gauche était gravement lésée. La conjonctive palpébrale et celle du pli, rouges et fortement tuméfiées, présentaient un nombre infini de granulations volumineuses, entre lesquelles il était curieux de voir filtrer une certaine quantité de matière puriforme qui blanchissait rapidement toute la surface de la muqueuse, dont l'aspect n'était comparable qu'à celui d'une mûre ou d'une fraise de Porto. Toutes ces granulations paraissaient charnues, et comme le disait M. Abreu, baveuses; quelques-unes d'entre elles avaient l'apparence vésiculeuse.

Six soldats restés à l'hôpital *da Estrellinha* en attendant d'être envoyés à l'hôpital de *Runha*, présentaient des symptômes analogues, également à la suite de fréquentes rechutes. La réaction fébrile avait été moins forte, la douleur de l'orbite moins intense; mais malheureusement les terminaisons avaient été plus tristes. L'humeur aqueuse s'était écoulée chez quelques-uns à travers de petites perforations de la cornée, et il en était résulté des hernies de l'iris. La chambre antérieure qui avait disparu à la suite du défaut de liquide, avait permis l'adhérence de la face interne de la cornée aplatie avec l'iris. Chez quelques-uns la cécité était due à de simples ulcérations opaques et à divers nubécules; chez d'autres, à la vascularisation des cornées. Enfin, tous étaient porteurs de granulations et avaient présenté la sécrétion puriforme.

Dans les cas de cette nature, tantôt l'inflammation acquérait avec rapidité sa plus haute intensité; tantôt elle persistait pen-

dant plus ou moins de temps à la *période sub-aiguë* jusqu'à ce qu'une cause quelconque vint l'exaspérer. Jamais les deux yeux n'ont été pris simultanément d'inflammation aiguë, jamais non plus elle ne s'est montrée également intense à l'un et à l'autre œil.

Telle est la symptomatologie de cette maladie. Toutefois, la description en serait incomplète si nous omettions ce que nous avons observé sous le rapport du traitement.

Cette ophthalmie est une des plus rebelles que l'on connaisse, et sa grande tendance à récidiver fréquemment prouve suffisamment sa ténacité, sa résistance à toutes les médications. On croira difficilement qu'un même individu a été cautérisé 10, 12 et 20 fois sans résultat, et qu'une bonne partie des individus *infectés* séjournent encore à l'hôpital à peu près dans le même état qu'à leur entrée. Les granulations que l'on prétend détruire avec la pierre infernale repullulent avec une facilité étonnante. Toutefois, lors de notre seconde visite, qui a été de huit jours postérieure à notre première, nous avons constaté une amélioration notable chez les 35 malades confiés à M. Moreira; quelques-uns étaient même presque guéris sous l'influence de la cautérisation que ce médecin emploie exclusivement et manie avec habileté.

M. Abreu a obtenu des résultats non moins satisfaisants à l'hôpital *da Boa-Hora;* mais, dans certains cas, il a également eu recours, avec avantage, aux émissions sanguines générales et locales combinées avec des applications externes d'extrait de Saturne : nous croyons du moins avoir vu cette médication modifier favorablement l'orgasme inflammatoire.

Les *granulations* ne cèdent pas facilement; on les détruit aujourd'hui, elles reparaissent demain, et ainsi de suite d'une manière indéfinie; plusieurs soldats sont cependant complétement guéris.

M. Abreu, chez qui l'activité et le zèle professionnel marchent de pair avec le talent et le désir d'être utile à ses semblables, a visité avec le plus grand soin et la plus grande assiduité plus de 100 malades chaque jour, et s'est livré à des essais de tout genre avec des résultats très-variés. Nous devons le dire, de tous les moyens à sa disposition, le meilleur est le nitrate d'argent, soit à l'état solide, soit en solution, soit en pommade.

Nous terminerons ici ce que nous avons à dire des symptômes et des caractères de l'ophthalmie épidémique que nous avons étudiée; mais, dans le but que l'on puisse embrasser d'un seul coup

d'œil tout ce qu'elle offre de particulier, nous présenterons, comme conclusion de ce qui précède, les corollaires suivants :

I. — Les granulations n'ont jamais été rencontrées primitivement dans la conjonctive ; elles sont précédées d'une phlegmasie palpébrale chronique, lente dans sa marche, quasi latente. C'est pendant cette période de *latence*, la plus fréquente de toutes, qu'elles apparaissent.

II. — Il n'est pas possible de déterminer avec certitude la durée de cette période de chronicité primitive ; mais elle n'est généralement point très-longue.

III. — La phlegmasie ne s'étend à la conjonctive oculaire, aux bords palpébraux et aux glandes de Méïbomius, qu'après avoir duré déjà pendant un certain temps, avec ou sans granulations, dans l'un ou l'autre point de la muqueuse tarsienne.

IV. — Le nombre, le volume, la consistance des granulations, quelle que soit leur nature probable, étaient toujours en rapport direct avec la durée de l'ophthalmie et avec ses récidives.

V. — L'état aigu ou sub-aigu, qui a été rare comparativement au nombre des cas observés, a presque toujours été consécutif à l'état chronique primitif.

VI. — Ce n'est que dans la période de la plus haute intensité qu'est survenu le phénomène de la purulence ou d'une abondante sécrétion puriforme.

VII. — Enfin, cette maladie rebelle à tous les traitements récidive avec la plus grande fréquence.

Tous ces caractères ne démontrent-ils pas la nature spéciale de cette ophthalmie?

Étiologie. — Le 2e bataillon de chasseurs est caserné au *Castello de S. Jorge*. La façade principale de cet édifice est percée de nombreuses fenêtres et tournée vers l'ouest. Une cour entourée de hautes murailles existe du côté opposé à l'entrée du quartier, qui se compose de deux étages. A l'étage supérieur sont logées les 5e, 4e, 3e, 2e et 1re compagnies; l'étage inférieur est occupé par les 7e et 8e compagnies. A l'exception de la 6e compagnie, dont les fenêtres s'ouvrent à l'est, toutes les compagnies ont leurs fenêtres regardant l'ouest. La 5e et la 4e compagnies ont chacune trois fenêtres; la 3e et la 2e deux, la 1re, la 7e et la 8e en ont dix. La 5e, qui occupe le sud, y compte en outre six fenêtres de côté, et la 6e en compte trois au nord.

Malgré les améliorations que le Conseil de santé militaire y

avait judicieusement prescrites, les salles du rez-de-chaussée ne présentaient pas les conditions de salubrité nécessaires. Elles sont basses, un peu obscures et humides, et difficiles à ventiler.

A l'étage supérieur, toutes les salles sont, au contraire, vastes, élevées, bien éclairées et aérées. La 8e et la 2e compagnies se trouvent réunies dans une grande salle divisée en deux parties égales, par une cloison à mi-hauteur, qui permet une communication facile de l'atmosphère des deux pièces.

Chaque soldat a un lit de fer, une paillasse, un traversin et une couverture de laine.

Les chasseurs sont petits de taille, âgés de 18 à 25 ans, forts et colorés. Leurs habits sont amples et leur alimentation est bonne.

Le quartier du régiment des Grenadiers de la Reine est situé le long du Tage, dont il n'est séparé que par un petit jardin; il offre la forme d'un parallélogramme allongé dans le sens de l'est à l'ouest, ouvert du côté du sud, où existent une belle terrasse et deux baraques isolées de l'édifice, qui servent de logement à la 7e et à la 8e compagnies. Le corps principal de ce quartier, qui compte un étage supérieur et un rez-de-chaussée, est exposé au nord; une église et les maisons voisines l'abritent contre les vents soufflant de cette direction... (1).

Si les causes qui ont provoqué l'apparition de l'épidémie dépendent de conditions d'insalubrité inhérentes aux quartiers, et en particulier aux quartiers des Grenadiers et du 2e bataillon de chasseurs, ces causes doivent nécessairement être communes à tous les corps, ou du moins à ces deux corps, dans lesquels la maladie a sévi avec force et violence. Cette conclusion nous paraît logique; il serait, en effet, absurde de penser que chaque localité exerce une influence diverse sur la production d'une maladie donnée, ou qu'une maladie reconnue spéciale doive son origine à des causes différentes, sans analogie entre elles, ou diamétralement opposées.

Les conditions d'insalubrité seraient-elles, par hasard, les mêmes?

La situation élevée du *Castello*, qui sert de logement au 2e bataillon de chasseurs, n'est nullement comparable à celle de l'édifice de *San Jodo*, dont une partie est au niveau de la rue qui conduit

(1) Nous supprimons les autres détails relatifs au logement des grenadiers; nos lecteurs les trouveront amplement exposés, t. XXIII, p. 59-60 et 64-65.

La Rédaction des Annales d'Oculistique.

BOSTON MEDICAL
APR 4 1

de Lisbonne à Belem. Il existe des différences très-grandes entre leur situation par rapport au niveau de la mer, par rapport à leur distance du fleuve; leur exposition n'est pas la même. Il n'est pas possible de rattacher à ces circonstances la coïncidence de l'apparition de l'épidémie dans les deux quartiers.

Faut-il la rapporter à l'humidité, au manque de lumière, à l'infection, à la contagion ou à quelque autre circonstance?

A *San Jodo de Deos*, les compagnies les plus maltraitées par l'épidémie sont les 6e, 7e, 9e, 10e, 2e et 8e. Le logement de la 6e est froid, humide, peu éclairé; celui de la 10e est également froid, humide, obscur et peu aéré; ceux des 7e et 8e ne sont pas mal ventilées et reçoivent une lumière suffisante. La 2e qui occupe à l'étage le local qui servait autrefois d'église dans le couvent, jouit de meilleures conditions hygiéniques que les 6e et 10e. Dans presque toutes les salles, le plancher est plus ou moins pourri; dans quelques-unes il présente des trous à travers lesquels, dans l'opinion de certaines personnes, pouvaient s'exhaler des miasmes. Ces détériorations de plancher sont attribuées avec raison à la mauvaise habitude de les nettoyer en faisant usage de trop d'eau.

Si la cause de l'épidémie devait être recherchée dans ces conditions, c'est-à-dire dans la putréfaction végétale, dans l'humidité du sol au-dessous des planchers, ou dans l'existence de miasmes qui en sortiraient, comment expliquer alors sa naissance dans le 2e bataillon de chasseurs où rien de semblable ne se rencontre?... A *San Jodo de Deos*, la maladie a surtout sévi dans les pièces du rez-de-chaussée, et ce sont ces pièces que l'on considérait comme présentant des circonstances propres à la produire. Au *Castello*, le contraire s'est vu; la 5e compagnie, qui occupe un logement assez gai, et la 4e, dont le logement est élevé et spacieux, ont été le plus maltraitées par le mal.

Si donc on admet qu'à *San Jodo de Deos* l'épidémie soit due aux causes spécifiées ci-dessus, il faut, pour maintenir la relation de cause à effet, en inférer que le bon état des pièces de l'étage par rapport à celles du rez-de-chaussée, ainsi que la profusion de la lumière et l'absence d'humidité, ont occasionné l'apparition de l'ophthalmie dans le 2e chasseurs : or, ce raisonnement serait absurde.

Mais l'infection? En général, nous admettons cette cause, par la raison que toute atmosphère limitée qui alimente pendant la nuit la respiration de plusieurs individus, est considérée comme insa-

lubre, à moins que l'on ne mette en usage des précautions extraordinaires pour le renouveler. Bien qu'une cause de cet ordre doive exercer une certaine influence sur la production d'une ophthalmie épidémique, nous ne pouvons croire que l'infection seule puisse produire la maladie, si ce n'est pour autant qu'il existe en même temps d'autres conditions d'insalubrité. Dans tous les cas, si c'est l'infection qui a déterminé l'épidémie, celle-ci aurait dû se manifester à un égal degré à *S. Jodo de Deos*, au *Castello*, à la *Fundição*, ainsi que dans toutes les casernes des autres corps, s'il est vrai qu'il se rencontre de l'infection dans ces quartiers. Or, si à *S. Jodo de Deos* il arrive que par défaut d'espace les soldats vicient l'air en le chargeant de leurs émanations, et se nuisent ainsi mutuellement, il n'en est pas ainsi à la caserne du 2e chasseurs, dont les salles sont hautes, spacieuses et bien ventilées, et où les soldats, au lieu de coucher à deux comme les grenadiers, occupent chacun une couchette en fer, pour laquelle il est réservé un espace beaucoup plus grand que pour les lits de camp de *S. Jodo de Deos*. Il faut ajouter que le service tient un tiers des soldats éloigné de la caserne durant la nuit; on est forcé de reconnaître que si l'infection a pu exercer quelque influence sur la production de l'épidémie parmi les grenadiers, elle a été complétement sans effet au *Castello de S. Jorge*.

Il y a plus. La 2e et la 3e compagnies de chasseurs occupaient en commun une vaste salle divisée comme il a été dit plus haut. Tout était identique dans les deux compartiments; il n'y avait pas plus d'encombrement dans l'un que dans l'autre; l'infection devait se manifester aussi bien d'un côté que de l'autre, puisque l'atmosphère était commune. Eh bien, malgré les prévisions, la 2e compagnie a compté 8 malades pendant les mois de juillet, août et septembre, et il ne s'est pas manifesté un seul cas d'ophthalmie dans la 3e compagnie!!! L'infection expliquera-t-elle ce fait remarquable?

On peut cependant admettre que la réunion des circonstances énumérées, et que leur action simultanée sur une organisation prédisposée, ont assez de force pour faire naître cette épidémie. Mais dans ce cas, expliquez-nous pourquoi elle ne s'est pas montrée également et avec la même intensité dans les autres corps de la garnison de Lisbonne, où il est facile de signaler des causes d'insalubrité de la nature de celles observées dans les deux corps en proie à l'épidémie? Dites-nous également si,

dans les cachots du *Limoeiro*, il y a, oui ou non, manque de lumière, abondance d'humidité, si l'on n'y rencontre pas un encombrement de personnes mal vêtues et mal nourries, et dans les conditions les plus mauvaises qu'il soit possible de noter? Visitez quelques-unes des salles de l'hôpital *San José*, et vous y rencontrerez tous les éléments d'une infection évidente. Et puis, dites si vous y avez constaté l'existence d'une ophthalmie du genre de celle dont nous nous occupons!!... Venez donc ensuite avec nous à la prison du *Castello;* là, vous ne pouvez pas invoquer la différence de profession, puisque les détenus y sont tous des soldats qui, les fers aux pieds, y sont employés aux plus rudes travaux. Vous y rencontrerez 424 hommes répartis dans cinq salles de prison, dallées de pierres, extrêmement froides et humides. L'eau de la citerne du *Castello* filtre à travers les murailles de l'une d'elles; chaque salle est pourvue d'une latrine avec laquelle elle communique directement par un large conduit; l'odeur d'ammoniaque qui en vient est insupportable et met en fuite le visiteur; enfin l'espace est tellement restreint qu'un grand nombre de prisonniers doivent dormir à deux et même à trois sur une même paillasse. Jusqu'à présent, cette accumulation de monde, que l'on peut très-certainement croire capable d'engendrer l'infection, n'a pas produit un seul cas d'ophthalmie; un commis du préside, qui n'entre jamais dans le local, en a seul été atteint!!... Et cependant, peut-on imaginer une réunion de circonstances plus propres à favoriser l'apparition d'une ophthalmie grave et spéciale? Les vidangeurs ne sont-ils pas atteints d'une conjonctivite spéciale due à l'action des gaz avec lesquels leurs yeux sont en contact? Que manque-t-il donc pour que l'ophthalmie apparaisse parmi ces prisonniers et y revête un caractère grave et épidémique? Qu'on leur défende seulement pendant quelque temps de sortir, et l'on verra surgir une ophthalmie purulente, — mais plus certainement le typhus.

En présence des faits que nous avons exposés, et des conclusions péremptoires que nous en avons déduites, est-il encore possible de soutenir l'opinion que l'ophthalmie qui règne dans notre armée doive son existence à des circonstances de localité, à l'humidité, à un méphitisme *problématique*, à l'exiguïté des locaux et à l'infection qui en est la suite? Nous ne le pensons pas; surtout si l'on prête attention à ce fait qu'en juin de l'année dernière, une ophthalmie, probablement la même, mais plus grave qu'à Lisbonne,

s'est déclarée dans le 3e régiment d'infanterie à Vianna do Minho. C'est une coïncidence curieuse et digne d'être méditée, que de voir presque à la même époque ce corps être attaqué, à 60 lieues de la capitale, d'une épidémie qui sévissait parmi les Grenadiers de la Reine et dans le 2e chasseurs, et qui se montrait çà et là parmi les autres corps en garnison à Lisbonne !!

Il nous reste à parler de la vie du soldat, de son alimentation et de son habillement; tout est le même à cet égard dans tous les corps, et on ne saurait y trouver l'explication de la préférence de la maladie pour quelques-uns; et surtout pour quelques-unes de leurs fractions (compagnies). Nous sommes fermement convaincus que la profession des armes et la spécialité des occupations du soldat constituent une prédisposition très-puissante à la maladie dont il est question. Il se peut même que l'hypothèse d'une modification insensible et extrêmement lente de l'organisme du soldat, amenée par les circonstances spéciales où il se trouve sans cesse, constitue une forte prédisposition facile à transformer en cause déterminante; il se peut que cette hypothèse soit le meilleur moyen d'expliquer le plus grand nombre de faits et de concilier ceux qui paraissent le plus contradictoires.

Quelques objections graves se présentent à notre esprit, et nous portent à croire que si d'un côté cette opinion ne doit pas être rejetée, parce qu'elle explique la triste prédilection de la maladie pour les militaires, d'un autre côté, il ne faut pas lui accorder une importance absolue, ni une valeur qu'elle n'a réellement pas.

Nous devons avouer que l'étude que nous avons faite ne permet pas de conclure à la véritable cause de l'épidémie, qui est plus générale qu'on ne le pense. Il en est de même dans toutes les épidémies avec lesquelles il ne serait pas difficile de prouver que celle-ci offre plusieurs points d'analogie. Cette épidémie ne borne pas son influence à tous les corps de la garnison de Lisbonne, elle menace de se développer dans toute l'armée.

Attribuer à des causes locales son développement en quelque sorte simultané sur des points éloignés les uns des autres, dans des localités différentes sous une multitude de rapports, c'est méconnaître la maudite fertilité des causes épidémiques, leur marche originale et bizarre et la spécialité de leur nature démontrée par la spécialité de la maladie. Ces causes échappent et ont toujours échappé à toutes les investigations; elles ne bornent pas leur action à telle ou telle localité, à telle ou telle ville; elles se

jouent de l'hygiène et de tous les efforts humains; leur interprétation fatigue l'esprit le plus tenace, la volonté la plus prononcée; elles témoignent, en un mot, de la faiblesse de nos connaissances et de notre intelligence! Qu'on ne dise ou qu'on ne pense cependant pas, que n'ayant pu découvrir la cause principale de cette ophthalmie, c'est-à-dire que n'ayant pu spécifier les causes locales et l'origine de l'épidémie, nous n'accordons pas grande valeur à leur influence. Nous croyons au contraire qu'il n'y a pas une seule cause d'insalubrité dont il ne faille tenir compte dans le développement d'une épidémie, et qu'il est par conséquent nécessaire de ne pas perdre de vue les causes secondaires, dont l'importance est parfois très-grande.

Jusqu'ici, nous avons négligé à dessein la question de la contagion. Est-elle capable d'expliquer l'apparition et l'extension de l'épidémie que nous étudions? C'est ce que nous allons examiner.

Dr J.-B. Leao.

(*La suite prochainement.*)

D'UNE VARIÉTÉ PARTICULIÈRE D'INFLAMMATION DE LA CONJONCTIVE OBSERVÉE CHEZ LE CHEVAL, CAUSÉE PAR LA FORMATION DE GRANULATIONS FIBRINO-CALCAIRES DANS LES INTERSTICES DU TISSU ENFLAMMÉ;

par M. H. BOULEY,

professeur à l'École vétérinaire d'Alfort, membre de l'Académie de médecine de Paris, etc.

Dans la période des fortes chaleurs de l'été, les inflammations circonscrites du tégument et des muqueuses externes (*muqueuses palpébrale, oculaire, labiale, préputiale,* et *pénienne*) revêtent souvent, chez le cheval, un caractère tout particulier et non encore indiqué, qu'elles doivent à la présence de granulations de nature fibrino-calcaire développées dans les aréoles du tissu enflammé. Il nous a paru intéressant de consacrer quelques développements à la description de cette singulière forme de l'inflammation des téguments extérieurs, que beaucoup de praticiens ont sans doute observée déjà, mais dont l'indication n'a encore été donnée nulle part, si toutefois nous nous en rapportons à nos souvenirs, car le temps nous manque pour faire sur ce point des recherches bibliographiques. Si quelque revendication de priorité devait, du reste, se produire à ce sujet, nous sommes tout disposé à lui donner accès dans nos feuilles.

Cette inflammation, que nous appellerons *granuleuse* pour lui donner un nom et éviter les périphrases, n'apparaît jamais que dans la saison des fortes chaleurs et disparaît avec elles : coïncidence très-remarquable, qui permet d'attacher une influence étiologique principale, sinon exclusive, à l'action des fortes chaleurs sur son développement. Il semblerait, en effet, que les granulations caractéristiques de cette forme de l'inflammation tégumentaire ne seraient autre chose qu'une sorte de dépôt ou de précipité dans les mailles des tissus malades des éléments solides du pus, dépôt déterminé par l'évaporation, sous l'influence de la température extérieure, de la partie la plus liquide de ce produit de sécrétion morbide. Une fois formé un premier noyau de ce dépôt fibrino-calcaire, il augmenterait soit par une simple juxtaposition sous l'influence de la même cause, soit peut-être par le jeu des affinités chimiques.

Quoi qu'il en soit de cette explication, un fait demeure pour nous certain : c'est qu'il faut l'intervention des fortes chaleurs de l'été pour que les plaies de l'appareil tégumentaire extérieur du cheval prennent le caractère particulier que nous nous proposons de décrire; c'est que, ces chaleurs passées, la suppuration redevient liquide et les granulations calcaires disparaissent.

Cette circonstance étiologique bien établie, nous allons successivement passer en revue les différentes régions du corps où l'inflammation granulo-calcaire se manifeste, et indiquer pour chacune de ces régions les caractères qui lui sont propres.

De la conjonctivite granuleuse. — Cette maladie se fait surtout observer sur les chevaux qui travaillent toute la journée sur les routes poudreuses, par les fortes chaleurs de l'été. Elle paraît être le résultat tout à la fois de l'action irritante directe, sur la conjonctive, de la poussière que le vent soulève, et de la réverbération des rayons solaires par la blancheur du sol.

Au début, la conjonctivite granuleuse s'annonce, comme toutes les inflammations débutantes de cette région, par de fines stries vasculaires, rouges, très-flexueuses, sur la portion palpébrale de la muqueuse. Les paupières sont un peu tuméfiées, et les larmes s'écoulent en abondance par l'angle nasal sur le chanfrein. Les animaux sont très-sensibles à l'action directe de la lumière et ne marchent, au soleil, que les yeux à demi fermés. A l'écurie, ou dans un lieu un peu obscur, ils les ouvrent largement. L'exploration de l'œil par la vue ou par le toucher ne fait reconnaître aucune

modification de la texture de la muqueuse autre que sa plus grande vascularité ; on ne distingue encore aucun corps étranger dans son épaisseur.

A ce premier degré, cette variété de la conjonctivite du cheval n'a rien qui la différencie de la conjonctivite franche et n'en est pas, en effet, différente ; car, si elle est traitée dès ce moment ; si, surtout, les animaux sont soustraits à l'influence de la cause qui a donné naissance à cette maladie, celle-ci peut s'évanouir sans laisser de traces, tandis qu'au contraire l'action prolongée de cette cause l'élève à un degré supérieur et la transforme.

C'est alors qu'elle prend définitivement la forme granuleuse qui en constitue une variété spéciale de conjonctivite.

A ce deuxième degré, les vaisseaux de la muqueuse palpébrale sont beaucoup plus développés ; ils se prolongent au delà du cul-de-sac conjonctival jusque sur le globe oculaire, où on les voit se dessiner en stries convergentes en deçà de la circonférence de la cornée.

La paupière inférieure tuméfiée n'est plus immédiatement juxtaposée par son bord libre sur le globe oculaire ; elle en est un peu écartée par suite de l'infiltration séreuse de la muqueuse à sa base, et constitue une sorte de godet rempli de matière purulente jaunâtre, qui s'accumule du côté de l'angle nasal, s'écoule en traînée sur le chanfrein, agglutine ensemble les cils, et forme, en se desséchant, des croûtes jaunes adhérentes.

En écartant et en renversant les paupières, et en faisant apparaître le corps clignotant à la surface du globe, on voit que la muqueuse qui les revêt est criblée d'une multitude de petits tubercules jaunes, de la grosseur le plus ordinairement d'un grain de millet, quelquefois même atteignant celle d'un grain de chènevis, au niveau surtout de l'angle nasal. Ces tubercules sont, les uns fortement enchatonnés dans le corps de la muqueuse et recouverts par sa couche épithéliale, les autres complétement à nu et saillants à sa surface, mais fortement adhérents dans le fond de la cavité qui les loge ; d'autres, enfin, libres de toute adhérence et se dégageant d'eux-mêmes de l'intérieur de cette cavité.

Quelquefois ces tubercules sont disséminés, rares et isolés sur toute la surface de la muqueuse palpébrale ou du corps clignotant ; mais, le plus souvent, ils sont tellement confluents, qu'ils donnent à la face interne des paupières l'aspect de la surface séreuse d'un poumon infiltré de matière tuberculeuse granulée.

Le doigt, introduit entre le globe de l'œil et les paupières, perçoit à la surface, ordinairement si douce et si unie, de la conjonctive palpébrale, la sensation inégale et comme rugueuse que donne la présence des tubercules granuleux dans l'épaisseur du tissu de cette muqueuse ; souvent même on peut, à l'aide de l'ongle, déchatonner quelques-uns d'entre eux et les extraire, surtout dans l'angle nasal, au niveau de l'orifice supérieur du canal lacrymal, où ils sont plus volumineux et moins adhérents.

Ces tubercules calcaires sont pour la conjonctive une cause permanente d'irritation; aussi sa sécrétion catarrhale augmente-t-elle en raison de leur multiplication. Les deux paupières sont comme soulevées par du liquide purulent qui déborde sur leur face externe, agglutine les cils et s'étale sur le chanfrein du côté de l'angle nasal.

A ce degré de la maladie, il se forme un véritable travail éliminateur autour des tubercules fibrino-calcaires enchatonnés dans l'épaisseur du tissu de la muqueuse. La couche épithéliale qui les revêtait se détruit la première et les met à nu ; puis peu à peu, ils sont détachés par un travail pyogénique, qui s'opère autour d'eux comme autour d'un corps étranger, et ils sont enfin éliminés au moyen de la suppuration qui les entraîne en dehors des paupières. A la place qu'ils occupaient existe une petite cavité sphéroïdale ou irrégulière, suivant la forme du corps granuleux qu'elle renfermait, laquelle ne tarde pas à se combler par le développement des bourgeons intérieurs et à se cicatriser. C'est par ce procédé d'élimination que la conjonctive granulo-calcaire peut se guérir d'elle-même ; mais lorsque les animaux continuent à être soumis à l'influence de la cause qui lui a donné naissance, de nouveaux tubercules se forment à mesure que les anciens sont éliminés, et la perpétuation de l'inflammation de la muqueuse de l'œil peut donner naissance alors à des altérations de la cornée, telles que : dépôt de matières plastiques entre ses lames, et formation de taches circonscrites ou même d'albugo; dans quelques cas très-rares, les humeurs intérieures peuvent se troubler.

En outre de ces symptômes objectifs, la conjonctivite granuleuse du cheval est accompagnée de symptômes physiologiques importants. Les animaux incommodés par la sensation anormale que produit en dedans des paupières la présence des corps étrangers développpés dans leur tissu, cherchent à s'en débarrasser en se frottant les yeux sur tous les corps qui sont à leur portée, d'autant plus sollicités à se livrer à ces mouvements que le pus qui agglu-

tine les cils et se concrète sur la face externe des paupières est toujours la cause d'un intolérable prurit. Ces frottements peuvent être portés à un tel point, quand les animaux ne sont pas surveillés, que la surface externe des paupières en est excoriée, et qu'une nouvelle irritation vient s'ajouter à celle dont l'œil est déjà le siége et activer son inflammation. C'est dans ces cas, plus que lorsque la maladie suit sa marche ordinaire qu'on voit la muqueuse palpébrale soulevée par un chémosis séreux qui la fait quelquefois déborder en dehors des paupières.

Lorsque la sécrétion catarrhale de la conjonctive est bien établie, il ne paraît pas que la photophobie qui accompagne le début de son inflammation soit aussi marquée; les animaux nous ont semblé, au contraire, supporter plus facilement la lumière à cette période de la maladie qu'à son premier degré.

Les corps granuleux extraits de l'épaisseur de la muqueuse avec la pointe d'un bistouri ou éliminés par la suppuration ont un volume variable entre ceux des grains de millet et de chènevis; rarement ils vont au delà. Leur forme est ordinairement sphéroïdale; quelquefois ils sont très-irréguliers, anfractueux, comme rayonnés; ils sont jaunes, sans odeur appréciable, d'une consistance tantôt pierreuse et tantôt caséeuse, s'écrasant dans ce cas facilement entre les doigts, auxquels ils donnent la sensation d'un corps onctueux au toucher.

Le pronostic de cette variété de conjonctivite n'est pas grave. Le plus ordinairement on parvient à la guérir par un traitement approprié, et même, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, la conjonctive finit par se débarrasser, à l'aide d'éliminations successives, de tous les corps granuleux qu'elle renferme dans son épaisseur.

Traitement. — La première indication du traitement est d'extraire du corps de la conjonctive les granulations fibrino-calcaires qui y sont enchatonnées. Il faut donc énucléer d'abord avec l'ongle toutes celles d'entre elles qui sont à nu à la surface de la muqueuse, prêtes à sortir de leur cavité; puis on dépouille avec la pointe d'un bistouri très-aigu celles qui sont encore couvertes par l'épithélium, et on les isole par une dissection délicate du tissu de la muqueuse auquel elles sont souvent encore fortement adhérentes. On enlève ainsi, dans plusieurs séances successives, la plus grande partie de ces granulations; quant à celles qui sont trop profondément situées dans le cul-de-sac conjonctival pour pouvoir être atteintes par la

dissection, force est bien d'attendre qu'elles soient éliminées par le travail de suppuration de la muqueuse.

On complète ce traitement en promenant rapidement à la surface interne des paupières un crayon de nitrate d'argent, qui modifie la nature de la sécrétion catarrhale et lui substitue une inflammation franche bien plus facile à faire disparaître.

Les soins ultérieurs doivent consister dans des lotions astringentes (légère décoction de tanin ; collyre d'alun et de laudanum : alun, 30 grammes ; laudanum, 15 à 20 gouttes ; eau ordinaire, 1 litre). Ces moyens, aidés par le repos, le séjour de l'animal dans un lieu un peu obsur, et un régime diététique modéré, nous ont réussi dans tous les cas.

Il ne nous a pas paru nécessaire d'avoir recours à des révulsifs, soit sur le canal intestinal, soit à la peau à l'aide de sétons. Il nous a toujours suffi de faire disparaître les granulations de la conjonctive pour éteindre l'inflammation catarrhale qui n'en est que le symptôme. Dans les cas de complication de chémosis séreux, il faut exciser avec une paire de ciseaux bien tranchants toute la partie de la muqueuse qui forme bourrelet, et traiter l'inflammation par des collyres astringents. Lorsque la cornée présente des taches qui témoignent de la participation de ses propres vaisseaux à l'inflammation générale de la muqueuse, des insufflations de calomel peuvent rendre de bons services. Enfin, lorsque les humeurs de l'œil sont elles-mêmes obscurcies, ce serait le cas de mettre en usage le traitement à l'aide de la poudre de colchique d'automne et du nitrate de potasse (poudre de colchique, 10 grammes ; nitrate de potasse, 30 grammes ; miel, *Q. S.*),que le *Recueil de Médecine vétérinaire pratique* a fait connaître dernièrement d'après les journaux anglais, et qui a été si efficace entre les mains de celui qui l'a préconisé.

Nous dirons à ce sujet que nous avons, il y a deux mois, essayé de traiter par ce moyen un cheval dont les humeurs des yeux étaient complétement troubles et les cornées légèrement opalines. Cet animal était en la possession de son propriétaire depuis un an, et n'avait jamais eu de *fluxion* sur les yeux. Sétons, collyres astringents, cautérisation par le nitrate d'argent, avaient été mis en usage inutilement. On lui fit prendre pendant cinq semaines la poudre de colchique à la dose indiquée plus haut, et *coïncidemment* les deux yeux redevinrent parfaitement clairs sans aucune teinte anormale? Est-ce une preuve de l'efficacité de ce

moyen de traitement? Ce serait trop tôt affirmer; mais c'est un fait à enregistrer.

REMARQUES SUR UN PRÉTENDU CAS D'HYDATIDE DE LA CHAMBRE ANTÉRIEURE, OBSERVÉ PAR LE DOCTEUR NEUMANN;

par le docteur **WILLIAM MACKENZIE**,

professeur d'ophthalmologie à l'université de Glasgow, chirurgien-oculiste ordinaire de S. M. B. en Écosse, etc.

Le 27 septembre 1850, immédiatement après que je venais d'extraire un cysticerque celluleux de la chambre antérieure de l'œil, chez un homme, à l'infirmerie ophthalmique de Glasgow, M. le docteur William Thomson me remit le XXXIII^e^ volume du Rust's *Magazin*, dans lequel se trouve consignée une observation du docteur Neumann, que divers auteurs de traités sur les maladies des yeux, tels que Rosas, Chelius (et moi-même) ont considérée comme celle d'une hydatide développée dans la chambre antérieure.

Ce fait, mal interprété par celui qui en a donné la relation, n'étant cependant pas sans intérêt, et comme il importe d'ailleurs de le réduire à sa juste valeur, je commencerai par reproduire l'article de M. Neumann; je le ferai suivre de quelques remarques.

« **Cas remarquable d'hydatide de la chambre antérieure, chez un garçon de quatorze ans**; par le docteur NEUMANN, médecin-praticien à Marienwerder.

» Au mois de février 1829, j'ai été appelé à donner mes soins pour une affection ophthalmique au nommé Jules F..., âgé de quatorze ans, fils de la veuve d'un marchand de cette localité. Son œil gauche offrait l'aspect représenté par la fig. 1. On voyait dans la chambre antérieure de cet œil, sain jusqu'à ce moment, un corps circulaire de la forme d'une lentille, avec un bord régulier et une surface presque brillante qui ressemblait assez exactement à une bulle nageant sur l'eau, paraissant présenter un diamètre de 2 1/2 lignes de diamètre sur une épaisseur d'un peu plus de 1 1/2 ligne.

» Lorsque le malade inclinait la tête à droite ou à gauche, le corps changeait de place en glissant, et non en roulant, pour occuper la partie la plus déclive, soit vers l'angle interne, soit vers l'angle externe. Lorsqu'il portait la tête en arrière, il ne survenait aucun changement de position. Si le malade plaçait la tête en bas, comme s'il stationnait sur cette partie, le corps n'arrivait que vers le milieu de l'œil, de façon à

masquer complétement la pupille; on constatait alors distinctement que l'iris, qui était voussé en arrière dans sa partie inférieure et conservait sa position verticale dans sa partie supérieure, opposait une résistance invincible à un plus grand déplacement de ce corps.

» L'iris était d'ailleurs sain ; il se dilatait et se contractait normalement, et il était permis d'en conclure positivement que le corps séjournant dans la chambre antérieure n'adhérait nullement avec lui. A la lumière ordinaire du jour, les deux tiers environ de la pupille étaient recouverts.

» Le champ de la vision du malade n'était pas sensiblement diminué; il pouvait même lire du petit caractère. La cornée de l'autre œil était devenue complétement opaque à la suite d'une ophthalmie antérieure.

» La constitution était scrofuleuse au plus haut degré. Le corps était chétif, la figure pâle; l'abdomen volumineux; les glandes du cou, légèrement tuméfiées, présentaient des traces d'anciens ulcères scrofuleux. La lèvre supérieure était grosse et tournée en haut; au-dessous du nez et autour de ses ailes, la peau était constamment rouge, ulcérée, baignée d'un pus liquide.

» Au rapport de la mère, cet enfant jouissait d'une santé assez bonne, n'eût été un écoulement par les oreilles, des bourdonnements dans la tête et le gonflement des glandes du cou. L'ophthalmie qui avait détruit l'œil droit quatre années auparavant, n'avait jamais atteint l'œil gauche, qui avait toujours été sain et exempt de douleur; mais un an auparavant, elle avait découvert par hasard l'état anormal de cet organe, sans soupçonner qu'il pût exister depuis la tendre jeunesse.

» Cette femme avait d'autres enfants : les uns plus jeunes, les autres plus âgés que le malade; tous avaient les yeux sains, à l'exception d'une fille, chez laquelle il y avait perte complète de la vue de l'œil droit, et qui distinguait à peine la lumière avec l'œil gauche. Une ophthalmie, dont la nature avait été mal appréciée et qui avait probablement été mal traitée, avait amené l'opacité des deux cornées, sans qu'on eût rien remarqué de ce que l'on voyait chez le garçon.

» Après avoir pesé la valeur des symptômes que présentait la maladie de l'œil du patient dont il est ici question, j'ai cru avoir affaire à un cas remarquable de déplacement du cristallin (peut-être congénital, peut-être produit par quelque accident inconnu) passé dans la chambre antérieure. L'indication à remplir me parut consister dans l'extraction de la lentille, à travers une incision à pratiquer dans la cornée, après toutefois que la constitution scrofuleuse aurait été corrigée le plus possible, car je craignais avec infiniment de raison que l'opération ne fût actuellement suivie d'une inflammation de caractère fâcheux. En outre, la saison (*février*) était très-défavorable, et le malade ne souffrait pas. Je

cherchai à obtenir le résultat préalable par les bains et un régime convenable.

» Une fâcheuse méprise fit échouer mon plan dès la seconde semaine du traitement. J'avais prescrit à la sœur aînée, dont j'ai parlé plus haut, une solution de belladone à instiller dans l'œil gauche, dans le but de m'assurer si l'iris de cet œil, avec lequel elle distinguait encore un peu de lumière, était adhérent à la cornée. Malheureusement, ce collyre fut appliqué aux deux yeux, chez le garçon. Le malade s'étant couché quelques heures plus tard afin de prendre un peu de repos, l'œil gauche devint douloureux. Je fus immédiatement appelé; je trouvai le patient, tranquille jusque-là, en proie aux plus violentes douleurs; je pus à peine examiner l'œil à une faible lumière : on m'apprit l'erreur qui avait eu lieu.

» L'œil offrait l'apparence représentée dans la figure 2. Sous l'influence de l'extrait de belladone, la dilatation de la pupille était devenue telle que le corps libre jusqu'alors dans l'humeur aqueuse avait pu s'engager en partie dans l'ouverture de la pupille. Par son volume considérable, ce corps remplissait la chambre postérieure, à ce point qu'il restait accolé à la pupille, qui s'était contractée et avait pris une forme oblongue, le tiers antérieur occupant la partie supérieure de cette ouverture, le tiers postérieur placé en arrière, et le tiers moyen engagé dans le passage. La compression déterminée sur les nerfs ciliaires avait nécessairement eu pour effet leur irritation; de là les douleurs atroces ressenties dans l'œil.

» Après avoir instillé une forte solution de belladone, et avoir inutilement essayé de libérer le corps en imprimant des mouvements à la tête, je résolus de recourir à l'opération comme l'unique moyen de soulagement à employer. Il était quatre heures de l'après-midi, le temps était couvert; je remis l'œuvre au lendemain. L'œil étant enfoncé dans l'orbite, et l'iris paraissant comme accolé à la cornée dans son segment inférieur, et craignant d'ailleurs l'indocilité du malade, j'eus recours à la kératonyxie de préférence à la kératotomie. Le lendemain matin à neuf heures, j'introduisis une aiguille droite à travers la cornée; je portai cet instrument sur la partie supérieure du corps que j'abaissai doucement vers le fond de l'œil. La pupille parut libre et la douleur cessa complétement.

» Le traitement consécutif consista en fomentations froides; application de sangsues aux tempes; le nitre et plus tard le mercure furent administrés à l'intérieur.

» Tout marcha bien jusqu'au troisième jour, que les paupières devinrent tout à coup tuméfiées, sans qu'il existât cependant de douleurs notables, et au bout de douze heures il s'établit une abondante sécrétion purulente. Bien que le malade conservât encore une faible perception de

la lumière, qui ne pouvait être ressentie par l'œil qui était complétement perdu depuis plusieurs années, je ne conservai bientôt plus de doute sur le résultat fâcheux de l'opération, car la matière qui s'écoulait d'entre les paupières était du pus et non du mucus puriforme. Dès que la tuméfaction des paupières disparut, je tentai de les ouvrir, et je trouvai le bulbe complétement détruit par la suppuration.

» J'ai rapporté ce fait avec la plus scrupuleuse exactitude, sans cacher que j'ai cru avoir affaire à un déplacement du cristallin qui serait passé dans la chambre antérieure; mais après avoir mûrement pesé la valeur des symptômes observés, je suis arrivé aujourd'hui à une autre opinion sur la nature de la maladie. Le corps en apparence vésiculeux qui se trouvait dans la chambre antérieure n'était pas le cristallin : c'était une hydatide. Voici les raisons qui l'établissent :

» 1° D'après le rapport de la mère, il est certain que le corps a séjourné pendant une année entière dans la chambre antérieure. Le cristallin eût-il pu, libre de ses connexions organiques, résister pendant un an à l'action de l'humeur aqueuse sans être dissous en totalité ou en partie? Si l'on s'appuie, pour démontrer la possibilité d'un fait semblable, sur ce qu'une cataracte abaissée peut séjourner pendant des années au fond de l'œil sans y subir aucune altération, comme il en existe plusieurs exemples, ce fait n'explique pas comment, dans le cas actuel, le cristallin a pu séjourner pendant le long espace d'une année dans l'humeur aqueuse sans subir un commencement d'opacité et sans que le fluide interposé entre ses lames concentriques se fût coagulé et fût ainsi devenu visible.

» 2° Si le cristallin était tombé dans la chambre antérieure et qu'il couvrît partiellement la pupille, non-seulement il cesserait de servir à l'accomplissement de la réfraction normale des rayons lumineux, mais il devrait encore troubler cette fonction; sa place dans la chambre postérieure restant d'ailleurs inoccupée, l'œil devrait avoir l'apparence qu'offre cet organe après l'opération de la cataracte par extraction. On ne saurait expliquer, dans cette hypothèse, comment le malade voyait assez bien pour lire, même du petit caractère. Si l'on suppose, au contraire, que le cristallin continuait d'occuper sa position naturelle, et qu'une hydatide couvrait en partie la pupille d'un œil, d'ailleurs sain, il est facile de comprendre comment cette hydatide, parfaitement transparente, n'apportait qu'un léger obstacle au passage des rayons de lumière, qui pouvaient en outre passer au-dessus d'elle et pénétrer directement dans le fond de l'œil.

» Les raisons que je viens d'exposer me semblent prouver que le corps observé était une hydatide qui avait pris la forme lenticulaire par suite de la disposition spéciale de la chambre antérieure. Elle avait dû se développer, d'abord libre dans l'humeur aqueuse, jusqu'à ce qu'après

un grand nombre d'années elle avait acquis ce volume. Sa grande transparence était due à son séjour dans un milieu pur et transparent, tandis que les hydatides que l'on rencontre nageant dans les ventricules du cerveau sont plus opaques parce que le liquide environnant est plus trouble. Il est à présumer que ces vésicules nageant sans aucune connexion organique fixe sont engendrées par le liquide environnant et se moulent sur lui. Et comme elles n'ont pas de vie indépendante, c'est-à-dire qu'elles ne manifestent aucun mouvement propre, et ne renferment dans leur intérieur que de la lymphe ordinaire, comme dans notre cas, elles sont sans doute dues à une génération *équivoque* et doivent être rangées dans la famille des vers intestinaux ; et l'on doit admettre que la nature, par suite d'un obstacle dû à la faiblesse de la structure maternelle, ou sous l'influence de quelque autre cause, subit un arrêt dans son impulsion génératrice, et produit non des êtres indépendants, mais des kystes et d'autres productions parasites qui sont doués d'une activité organique interne particulière aux dépens d'une organisation plus grande, sans cependant mériter le nom d'êtres vivants.

» La nature ne fait jamais de saut, et ses transitions d'un genre à un autre, d'une famille, d'une classe, de l'un ou de l'autre ordre à un autre, sont, à cause de la grande multiplicité de ses productions, tellement douces, qu'une classification systématique de ses œuvres ne peut jamais prétendre à des divisions bien tranchées.

» J'ai longtemps hésité à communiquer au public médical le fait rapporté ci-dessus, ainsi que l'opinion que je m'en suis formée, en partie parce que je n'étais pas certain moi-même de la nature réelle de cette maladie oculaire, en partie parce que la terminaison en a été si fâcheuse et si contrariante, que je ne voudrais pas volontairement m'écarter de la plus stricte vérité. Mais, comme j'ai déjà réussi à prouver à diverses reprises, dans le cours de ma courte carrière pratique, avec quelle dextérité et avec quel succès je peux pratiquer les opérations les plus difficiles à exécuter sur les yeux, et comment je sais en diriger le traitement, je ne crois pas devoir m'abstenir plus longtemps de livrer à la publicité un cas extrêmement remarquable. »

Telle est la description minutieuse et fidèle fournie par le docteur Neumann. La question du diagnostic différentiel d'un cristallin passé dans la chambre antérieure, d'avec un cysticerque occupant la même cavité, doit maintenant fixer notre attention.

Je dirai d'abord que l'hydatide, ou *cyst-worm*, qui a parfois été observée dans la chambre antérieure, est le *cysticercus telae cellulosae* de Rudolphi, ou l'*hydatis finna* de Blumenbach. Cet entozoaire se rencontre quelquefois dans le tissu cellulaire interfasciculaire des

muscles de l'œil, et y est enfermé dans une capsule accidentelle que l'on croit être le résultat de la condensation de la substance environnante par suite d'une inflammation excitée par la présence de l'entozoaire. Lorsque son siége est la chambre antérieure, il n'existe pas de traces de capsule accidentelle, l'entozoaire étant libre dans l'humeur aqueuse, et confiné entre la capsule cristalline et l'iris, en arrière, et la cornée en avant. La même espèce de cysticerque, ou du moins une espèce qui s'en rapproche beaucoup, se rencontre quelquefois chez le singe, le lièvre, le lapin et chez d'autres animaux.

La partie la plus visible du cysticerque celluleux est le kyste, d'une configuration globulaire, que l'on appelle communément la vésicule caudée, qui mesure, lorsque l'animal existe dans l'œil, de 1 à 3 ou 4 dixièmes de pouce de diamètre; il en sort un corps formé d'une série d'anneaux et pouvant se rétracter complétement dans la vésicule caudale ou s'allonger au point d'acquérir trois ou quatre fois la longueur du diamètre de cette vésicule. Ce corps est surmonté par une tête, pourvue sur les côtés de quatre suçoirs, et terminé par un *rostellum* entouré d'une couronne de crochets et du milieu duquel est projeté de temps en temps un dard aigu. Ce dernier organe, que j'ai remarqué dans le cysticerque dont j'ai parlé au début de cette note, est probablement destiné à l'irritation; pour ce qui est des crochets ils servent sans doute à fixer l'entozoaire aux tissus au milieu desquels il est placé, et les quatre suçoirs latéraux à la nutrition. Si le cysticerque occupe la chambre antérieure, la vésicule caudée, le corps et la tête sont complétement visibles à l'œil nu; en s'aidant d'une lentille d'un court foyer, les parties qui entourent la tête sont généralement reconnues avec facilité.

C'est à l'existence d'un être de cette espèce que le docteur Neumann a définitivement conclu dans le cas dont il nous a transmis la relation; c'est un cysticerque qui aurait constitué, selon lui, le corps qu'il a abaissé dans l'humeur vitrée, à l'aide d'une aiguille à cataracte, opération qu'il a instituée parce que son opinion primitive (que je crois fondée) était qu'il avait affaire à un cristallin déplacé et passé dans la chambre antérieure.

L'histoire simple d'un cas de cristallin passé dans la chambre antérieure ou d'un cysticerque peut éclairer considérablement le diagnostic.

On a observé que l'apparition de l'entozoaire est généralement

précédée de la manifestation d'une ophthalmie ; celle-ci persistant, le cysticerque a été remarqué. Lorsque sa présence dans la chambre antérieure est devenue bien évidente, l'œil avait pris sous tous les rapports l'apparence de la santé.

Il existe deux variétés de déplacement du cristallin avec passage dans la chambre antérieure. Dans l'une, le déplacement est positivement et entièrement dû à un coup qui a porté sur l'œil ; dans l'autre, il paraît être spontané.

Lorsqu'un coup est la cause du déplacement, la capsule ayant été déchirée au moment de l'accident, le cristallin reste généralement pour un certain temps en contact avec la surface postérieure de l'iris ; s'il franchit la pupille et passe dans la chambre antérieure, ce n'est parfois que plusieurs mois et même quelques années plus tard. Dans la majorité des cas, il est devenu opaque avant que cette migration s'opère ; d'autres fois, il reste transparent. L'œil, presque toujours sain avant l'accident, devient alors complétement amaurotique.

Quelle que puisse être la cause du déplacement spontané, il ne survient en général que chez des individus d'un habitus scrofuleux et dont l'œil était déjà antérieurement le siége d'une amaurose imfaite et d'iridodonesis. Une chute sur la partie postérieure de la tête peut donner lieu à cet accident dans un œil ou dans les deux yeux à la fois. Le déplacement du cristallin hors de sa capsule peut être déterminé par un léger coup sur l'œil ; il peut même se manifester sans aucune cause appréciable. Le cristallin peut rester pendant des mois ou des années transparent derrière l'iris, et hors de sa capsule ; son bord inférieur peut rester derrière l'iris, tandis que son bord supérieur fait saillie à travers la pupille dans la chambre antérieure ; il peut passer en entier dans cette cavité et repasser ensuite dans la chambre postérieure. Quoique la rétine soit alors loin d'être parfaitement saine, elle peut néanmoins conserver un degré considérable de sensibilité.

Le diagnostic d'un déplacement traumatique du cristallin peut donc être parfaitement établi ; mais il n'en est pas de même de celui du déplacement spontané.

Pour ce qui est du cysticerque occupant la chambre antérieure, le praticien soupçonne, au premier coup d'œil, qu'il a affaire à un déplacement du cristallin. Pour un moment, la vésicule caudée, d'une forme sphérique et semi-transparente, est prise pour le noyau du cristallin réduit par absorption, et tombé en avant à

travers la pupille. Un court examen des particularités suivantes a pour résultat de faire cesser l'erreur.

1) Configuration. — Le cristallin déplacé est nécessairement d'une forme lenticulaire; lorsque l'absorption a réduit considérablement son volume normal, il conserve toujours sa forme primitive. La vésicule caudale du cysticerque est en général parfaitement globulaire, et lorsque parfois elle devient un peu aplatie, elle ne présente jamais un bord aussi aigu que le cristallin. Si cette vésicule est tournée vers la cornée, et la tête engagée dans la pupille, la ressemblance avec le noyau du cristallin peut plus facilement induire le praticien en erreur que lorsque l'entozoaire occupe toute autre position. Il arrive que le corps et la tête contractés vers ou dans la vésicule caudale, sont tournés vers la cornée; ils présentent alors l'aspect d'une tache très-blanche et opaque sur la partie antérieure de la vésicule. La position la plus ordinaire du cysticerque est celle dans laquelle le corps et la tête pendent de la surface inférieure de la vésicule. Si l'entozoaire est jeune, le corps et la tête, dans cette position, apparaissent comme une ligne blanche; s'il est âgé, ils se présentent comme une série d'anneaux; ce qui, dans l'un comme dans l'autre cas, est caractéristique et peut servir à distinguer l'entozoaire d'un cristallin déplacé. Si, dans le cas rapporté par M. Neumann, il avait existé un entozoaire, ce médecin n'eût pas manqué de remarquer le corps et la tête.

2) Position. — Lorsque le cristallin est déplacé et passé en entier dans la chambre antérieure, son bord inférieur est toujours en contact avec le fond de cette cavité, et son bord supérieur s'élève jusqu'à la hauteur d'environ la moitié de la pupille. La vésicule du cysticerque n'atteint jamais le fond de la chambre antérieure; elle reste complétement devant la pupille, ou en partie devant cette ouverture et en partie au-dessous, entre l'iris et la cornée. Sa forme globulaire et son diamètre considérable l'empêchent d'arriver, comme le bord du cristallin, au fond de la chambre. Ce n'est que lorsque le corps et la tête sont allongés qu'il peut se faire que l'entozoaire arrive à l'angle formé par la réunion de la cornée et de l'iris.

3) Mouvements. — Les mouvements d'un cristallin déplacé sont bornés à ceux qui lui sont imprimés par les changements dans la position de la tête du malade. Le cysticerque a des mouvements volontaires.

Il est fréquemment arrivé que le déplacement du cristallin a été méconnu parce que l'observateur remarquait que le malade avait

quelque chose se mouvant dans l'intérieur de l'œil. Avant qu'un cristallin déplacé franchisse la pupille, il se peut qu'il soit tremblotant; dès qu'il est passé dans la chambre antérieure, il glisse, comme l'a noté M. Neumann dans le fait rapporté, d'un côté à l'autre, selon que la tête est maintenue abaissée vers l'une ou l'autre épaule.

Lorsque le cysticerque est petit, comme celui rencontré par M. Logan, il peut incliner d'un côté ou de l'autre, mais pas aussi rapidement qu'un cristallin déplacé; sa forme ronde rend son mouvement plus lent, et comme la tête et le cou sont d'une pesanteur spécifique supérieure à celle de la vésicule, ils occupent toujours la position la plus déclive. Si la tête du patient pend en arrière, de façon à ce que le bord supérieur de la cornée soit plus bas que le bord inférieur, le cysticerque se retourne doucement et s'arrête, comme un petit ballon, la tête pendante du côté du bord cornéal supérieur, et la vésicule caudale se trouve en rapport avec la partie supérieure de la pupille. Lorsque l'entozoaire est plus grand, ce déplacement ne peut pas avoir lieu, la vésicule caudale ayant acquis un volume assez considérable pour être retenue entre la capsule cristalline et la cornée.

En supposant que le cysticerque occupe sa position ordinaire, un observateur attentif découvre immédiatement des mouvements spontanés tant de la vésicule caudale que de la tête et du corps. De temps en temps on remarque sur la surface de la vésicule de petits mouvements ondulatoires. Fréquemment aussi, il change de forme: plusieurs portions de sa circonférence deviennent plus ou moins aplaties, de manière qu'au lieu de figurer une sphère parfaite, elle présente de trois à quatre faces. Les mouvements de la tête et du corps sont surtout remarquables. Si l'entozoaire est petit, on le voit lancer la tête, par un allongement du corps, jusqu'au fond de la chambre antérieure, puis se rétracter jusqu'à la vésicule caudale, de telle façon que la tête et le corps n'apparaissent plus que comme un point d'un blanc épais, contrastant fortement avec l'aspect semi-transparent de la vésicule caudale. Lorsque l'individu est plus grand, la tête n'est pas seulement lancée en bas, mais elle se meut vers le côté nasal et vers le côté temporal, le plus souvent vers ce dernier. Le corps de l'entozoaire très-développé que j'ai extrait le 27 septembre 1850 occupait constamment cette position: il rampait le long du plancher inférieur de la chambre antérieure et se relevait vers l'angle temporal, la tête arrivant au niveau du

milieu de la pupille. Ce corps présentait une série de renflements qui le faisaient ressembler à un petit intestin. Lorsqu'on appliquait de l'eau froide sur l'œil, le corps se rétractait considérablement et la tête changeait de position.

Ces divers mouvements sont appréciables à l'œil nu. A l'aide d'une lentille à court foyer, les mouvements des quatre suçoirs latéraux sont nettement distingués, ainsi que ceux du dard fin qui est projeté et rentre dans le *rostellum*.

M. Neumann ne dit nulle part qu'il ait examiné à la loupe le corps qu'il a observé dans la chambre antérieure ; mais il est évident, d'après sa relation, qu'il a étudié les mouvements imprimés à ce corps par le changement de position du malade avec un soin trop attentif pour n'avoir noté aucun des mouvements ordinaires du cysticerque, s'il avait réellement rencontré cet entozoaire ; la conclusion qu'il faut en tirer, c'est qu'il a observé un cas d'une toute autre nature.

4) Couleur et transparence. — État de la vision. — Pour qu'un cristallin passé dans la chambre antérieure pût être confondu avec un cysticerque, il faudrait qu'il fût opaque. S'il demeure transparent, il ressemble à une goutte d'eau douée d'une pesanteur spécifique et d'une puissance de réflexion de la lumière différente de celles du fluide environnant, lorsqu'il est logé dans l'humeur aqueuse, et sa circonférence présente l'aspect très-caractéristique d'un mince et bel anneau doré. On distingue l'iris à travers le cristallin ainsi déplacé, et bien que sa position anormale rende la vue myope, le malade peut néanmoins reconnaître les objets et même lire avec l'œil affecté.

M. Neumann dit que le corps qu'il a vu était brillant à sa surface. Cela répond bien à l'apparence d'un cristallin déplacé et conservant encore sa transparence. La surface d'un cysticerque est au contraire d'une couleur blanche-perlée semi-transparente, elle n'est ni polie, ni brillante, mais recouverte de petites lignes blanches parfaitement opaques.

Le cysticerque apporte à la vision du malade un obstacle en rapport avec son développement. Lorsqu'il est assez grand pour masquer la pupille, l'œil ne reconnaît aucun objet ; il distingue seulement la lumière de l'obscurité. L'hydatide est-elle assez petite pour laisser à découvert la partie supérieure de la pupille, le malade reconnaît les objets placés au-dessus du niveau de l'œil. Parfois aussi, la vésicule caudale se contracte à un tel point, ou

change tellement de configuration sous l'influence des mouvements spontanés de l'entozoaire, qu'une partie de la circonférence de la pupille est démasquée ; les objets deviennent alors perceptibles.

En somme, un cristallin opaque déplacé dans la chambre antérieure ne diffère pas considérablement sous le rapport de la couleur d'avec un cysticerque ; mais un cristallin transparent occupant cette situation est faiblement distingué d'un entozoaire, tant parce que l'on peut reconnaître l'iris à travers lui, que par l'anneau brillant jaune doré de sa circonférence, dû à la réflexion de la lumière. La vision est nulle lorsque le cristallin opaque se trouve dans la chambre antérieure à la suite d'un coup ; lorsqu'un cristallin transparent passe dans cette cavité, la vue est myope ; elle est d'ailleurs d'un degré variable en raison de l'état de la rétine. Cette dernière membrane est entièrement saine lorsqu'un cysticerque s'est développé dans la chambre antérieure, et le passage de la lumière à travers la pupille de même que la vision varient d'après la grandeur et les mouvements de la vésicule caudale.

La notice de M. Neumann est accompagnée de deux figures qui offrent une légère ressemblance avec un cysticerque, mais qui représentent avec une assez grande fidélité un cristallin déplacé.

La figure 1 représente le corps décrit par le médecin allemand ; ce corps est logé dans le fond de la chambre antérieure, et ainsi que je l'ai exposé plus haut, jamais le cysticerque n'a été rencontré dans cette situation. La moitié supérieure de la pupille est appréciable à travers le corps. L'anneau mince de lumière réfléchie par la circonférence d'un cristallin déplacé est représenté dans cette figure.

La figure 2 montre un cristallin engagé dans la pupille ; sa face postérieure est tournée en haut, l'antérieure en bas ; une moitié de la circonférence proémine vers la cornée, l'autre est dans la chambre postérieure. Il est évident que si le cristallin eut occupé sa position normale (et le docteur Neumann ne dit nulle part le contraire), le cysticerque n'aurait pu prendre la position décrite. Si un cysticerque s'engageait dans la pupille, la contraction de cette ouverture le forcerait à glisser en avant hors de son étreinte.

La conséquence pratique à tirer de l'observation rapportée par le docteur Neumann serait que la belladone ne doit pas être appliquée autour de l'œil dans un cas de cysticerque de la chambre

antérieure, à moins que cet entozoaire, engagé dans la pupille, n'occasionnât des douleurs trop vives ; l'irritation serait alors telle que la plus forte application de belladone ne suffirait point pour dilater la pupille et mettre l'entozoaire en liberté. Je crois impossible qu'un accident de cette nature puisse être le résultat de la dilatation pupillaire par la belladone. Si le chirurgien veut extraire le cysticerque de la chambre antérieure au moyen d'une section de la cornée, ce qui constitue évidemment la pratique à suivre en pareil cas, il n'y a nullement lieu de recourir à l'action mydriatique de la belladone.

DE L'OBLITÉRATION DU SAC LACRYMAL COMME MOYEN DE GUÉRISON DE LA FISTULE LACRYMALE ;

Par le docteur V. STŒBER,

professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

(Note lue à la Société de médecine de Strasbourg.)

Par le terme de *fistule lacrymale* on désigne le plus souvent des états morbides divers, qu'on suppose avoir pour symptôme commun et caractéristique l'interception du passage des larmes par le sac lacrymal et le canal nasal.

Extérieurement on observe tantôt un simple larmoiement, tantôt une fistule du sac lacrymal, tantôt une tumeur de ce sac qui, étant comprimée, fait refluer dans le nez ou par les points lacrymaux à la surface conjonctivale, du mucus limpide ou purulent.

Le larmoiement accompagne la tumeur et la fistule ; il est quelquefois continu, d'autres fois il n'a lieu que lorsque l'œil est exposé au froid, au vent, à des influences irritantes, etc. Il est généralement attribué à l'interception du cours des larmes par les voies lacrymales, interception due tantôt à l'obstruction du canal nasal par des mucosités, des calculs, le boursouflement de la muqueuse, tantôt à la compression du canal par une tumeur voisine, tantôt à son oblitération par l'adhérence des parois entre elles.

Le larmoiement étant souvent la seule incommodité qu'accuse le malade, et les inflammations répétées du sac, son ulcération, la fistule du sac lacrymal enfin, qu'on observe dans d'autres cas, étant attribuées à la rétention des larmes dans le sac lacrymal, on a dû poser comme première indication : *rétablir la voie des larmes, et, si cela n'est pas possible, en créer une artificielle*, indication que des moyens mécaniques nombreux sont destinés à remplir.

Telle est la doctrine généralement admise.

Il n'entre pas dans mon plan d'écrire sur la fistule lacrymale en général, ni, par conséquent, d'examiner si cette doctrine est suffisamment établie par des recherches physiologiques et anatomico-pathologiques.

Je serai cependant conduit, en combattant la pratique recommandée dans certains cas, à faire quelques objections aux opinions les plus répandues.

Le but de ce travail étant d'attirer l'attention sur un traitement trop peu connu et trop négligé, je prends pour point de départ les indications telles qu'elles ont été posées.

Lorsqu'on a traité sans succès la fistule lacrymale par les moyens médicamenteux et par les procédés dilatateurs en usage; lorsque par conséquent, le larmoiement continuel avec sécrétion purulente du sac ou les inflammations répétées du sac lacrymal persistent, on a proposé d'ouvrir une nouvelle voie aux larmes, en perforant l'os unguis (Woolhouse, etc.) pour leur permettre de s'écouler directement du sac dans le nez; ou de leur ouvrir une voie dans le sinus maxillaire (Laugier), ou enfin de détruire le sac lacrymal (Nannoni).

Les opérations qui créent une voie artificielle aux larmes réussissent rarement. Les ouvertures ainsi faites ont une grande tendance à se refermer, et lorsqu'on y laisse des canules à demeure, celles-ci irritent les parties déjà malades et sont rarement supportées à la longue. D'ailleurs ces opérations ne me paraissent pas toujours rationnelles.

En effet, la fistule lacrymale est due le plus souvent à une inflammation du sac lacrymal et du canal nasal, tantôt des deux simultanément, tantôt de l'un ou de l'autre.

Lorsque le canal nasal est seul affecté, le sac lacrymal se distend peu ou lentement, et lorsqu'on l'exprime, il n'en sort, à travers les points lacrymaux, qu'un mucus transparent. Dans ces cas la conjonctive est peu irritée ou ne l'est point et le larmoiement est peu considérable.

Lorsqu'au contraire le sac lacrymal est enflammé chroniquement, il sécrète du pus qu'on peut exprimer par les points lacrymaux ou par l'ouverture fistuleuse qui existe souvent. L'irritation se propage à la conjonctive, si toutefois elle n'y a pas pris naissance; la glande lacrymale est irritée également, et le larmoiement est alors considérable.

On conçoit que le sac lacrymal étant normal et l'oblitération existant dans le canal, on puisse songer à créer une issue artificielle aux larmes, pour débarrasser le malade de son larmoiement, seule incommodité qu'il éprouve.

Mais lorsque le sac lacrymal est malade, l'indication n'est pas aussi simple. En proposant la même opération pour ce dernier cas, on a supposé que la rétention des larmes dans le sac occasionnait ou entretenait l'inflammation chronique de celui-ci et qu'on guérirait cette dernière en obviant à la stase des larmes.

Sans vouloir établir l'innocuité de cette stase, je ferai cependant remarquer qu'on voit des personnes dont le canal nasal est obstrué pendant des mois et même des années, et qui peuvent, en comprimant le sac, faire refluer par les points lacrymaux du mucus limpide, sans que leur sac lacrymal s'enflamme (1). Et, d'un autre côté, on a vu maintes fois les opérations pratiquées pour créer une voie artificielle aux larmes ne pas enlever l'inflammation chronique du sac, ni le larmoiement. C'est que le larmoiement ne dépend pas seulement de l'impossibilité qui existe pour les larmes de s'écouler dans le nez, mais aussi, et principalement, de ce que l'inflammation du sac se communique à la conjonctive et de là irrite la glande lacrymale, dont la sécrétion est augmentée.

J'appuie cette proposition sur les faits physiologiques et sur l'observation de ce qui a lieu après la destruction complète du sac.

Dans l'état normal on suppose que les larmes, après avoir baigné la conjonctive, s'écoulent dans le nez en passant par le sac lacrymal et le canal nasal. Cet écoulement doit cependant être bien peu abondant, car la plupart des personnes ne se mouchent point habituellement ou ne se mouchent qu'à de longs intervalles, et rejettent alors par les narines des mucosités plus ou moins épaisses et non des larmes. Cela tient sans doute à ce que la sécrétion des larmes est très-restreinte dans l'état normal et que le liquide lacrymal sécrété s'évapore en majeure partie à la surface de l'œil ou est absorbé par la conjonctive (2).

(1) Depuis la rédaction de ce travail j'ai encore vu un jeune homme qui depuis six ans exprime tous les jours deux ou trois fois de son sac lacrymal des mucosités limpides, et qui n'a d'autre incommodité qu'un peu de larmoiement lorsqu'il s'expose à l'air très-froid ou à un vent fort.

(2) L'évaporation et l'absorption des larmes doivent se faire plus complétement encore lorsque ce liquide séjourne plus longtemps à l'angle interne de l'œil, par suite de l'occlusion des voies lacrymales.

Ce fait paraît démontré en outre par l'observation de ce qui arrive à la suite de la destruction du sac lacrymal. En effet, d'après la théorie généralement admise, l'occlusion complète du sac devrait donner lieu à un larmoiement continuel. Il n'en est rien cependant. Dans tous les cas où l'on a détruit le sac lacrymal, le larmoiement qui a existé jusque-là a cessé, excepté dans les circonstances où l'œil est irrité, soit par son exposition au froid ou au vent ou au contact de corps étrangers, soit par l'inflammation d'une de ses tuniques, et dans les cas où des affections de l'âme augmentent la sécrétion lacrymale en déterminant des pleurs.

La cessation du larmoiement après la destruction du sac lacrymal s'explique si l'on admet que dans l'état normal la sécrétion des larmes n'est pas assez abondante pour donner lieu à un écoulement permanent par le sac lacrymal et le canal nasal, et que, dans les cas de fistule lacrymale, il y a larmoiement parce que l'irritation du sac se communique à la conjonctive et à la glande lacrymale et augmente la sécrétion de cette dernière. Dans cette hypothèse, le larmoiement continuel doit cesser dès que l'irritation du sac est enlevée, que ce sac soit guéri ou détruit.

Je ne sais si ces considérations ont déterminé ceux qui ont proposé et exécuté l'opération dont je vais vous entretenir. Elles étaient peut-être présentes à leur esprit, mais ils ne les ont pas consignées dans leurs ouvrages.

Celse (1), le plus ancien des auteurs qui parlent de la fistule, décrit sous le nom d'*ægilops* tous les ulcères situés près du grand angle de l'œil. Il parle évidemment de la fistule du sac lacrymal lorsqu'il dit que souvent l'os est carié et qu'alors l'ulcère peut communiquer avec le nez. Celse conseille, dans les cas d'ægilops, de fendre le canal fistuleux jusqu'à l'os et de cautériser toute l'étendue avec un fer rouge ou avec des substances caustiques. Il devait en résulter, sinon toujours, du moins le plus souvent, une destruction du sac et son oblitération complète.

Cette méthode thérapeutique qui, sans doute, fut celle des contemporains de Celse, se continua chez les Arabes et leurs successeurs immédiats. Mais déjà alors elle fut restreinte dans son application par l'invention d'autres procédés qui avaient pour but de rétablir le cours des larmes, soit en dégageant les voies naturelles, soit en en créant d'artificielles. Ces nouveaux procédés finirent par

(1) Lib. VII, cap. 7.

être généralement admis, et l'ancienne pratique paraissait oubliée lorsque, vers le milieu du XVIII^e^ siècle, Nannoni (1) proposa, pour la cure des fistules lacrymales, la destruction du sac lacrymal. L'auteur italien prétend que ce procédé est seul capable de guérir les fistules lacrymales dues à des dégénérescences fongueuses ou sarcomateuses du sac lacrymal ou du canal nasal, les autres procédés donnant toujours lieu à des récidives.

La pratique recommandée par Nannoni a été mise en usage, quoique rarement, par Delpech, Volpi, Biangini, Caffort, MM. Velpeau, Desmarres, etc.; mais le nombre des cas publiés est très-restreint; c'est ce qui m'a engagé à vous communiquer le fait suivant :

Obs.—Mademoiselle K., de Kientzheim (Haut-Rhin), âgée de quarante-deux ans, d'une irritabilité nerveuse très-grande, affectée d'une bronchite chronique peu intense, me consulta en 1844 pour une tumeur lacrymale qu'elle portait à droite, et qui datait de trois mois. Le passage des larmes ne paraît pas complétement intercepté, la narine n'est pas sèche, et la malade vide trois fois par jour la tumeur par la pression, en faisant ainsi passer dans le nez le contenu du sac lacrymal.

Un traitement interne et externe, prescrit par le médecin de la malade, paraissant avoir déjà produit quelque amélioration, je conseille de le continuer, réservant une opération pour le cas où les autres médications resteraient sans effet.

Je ne revis la malade qu'en novembre 1849. Son état avait bien changé. Depuis plus d'un an des inflammations répétées du sac lacrymal avaient beaucoup tourmenté mademoiselle K. L'inflammation était très-douloureuse, se terminait par suppuration, puis le pus s'écoulait au dehors; la fistule restait ouverte pendant quelques jours, au moyen de l'introduction d'une corde à boyaux, puis se fermait. Au bout de peu de jours une nouvelle inflammation se déclarait et suivait la même marche que la précédente. Aussi depuis longtemps la malade ne pouvait-elle plus rester sans bandeau, et son état lui paraissait intolérable. Elle était décidée à subir une opération pour être débarrassée d'un mal aussi pénible. Déjà, me dit-elle, on avait cherché, mais sans succès, à sonder le canal par la fistule du sac et par la narine. Cette dernière tentative avait été si douloureuse que la malade ne voulut point s'y soumettre de nouveau.

Une ouverture fistuleuse existait dans ce moment au sac lacrymal. J'explorai avec un stylet l'intérieur de cette cavité, et, malgré des tentatives réitérées, je ne parvins pas à trouver l'ouverture du canal. L'os lacrymal n'était pas à nu, cependant il paraissait recouvert du périoste

(1) *Della fistola lagrymale,* dans ses *Dissertazioni chirurgiche*. Parigi, 1748.

seulement, à en juger par la sensation que transmettait le stylet métallique.

Ne croyant pas à la possibilité de rétablir la voie naturelle des larmes, et ayant peu de confiance dans l'efficacité d'une voie artificielle, je me décide à cautériser le sac pour en obtenir l'oblitération.

A cet effet j'incise le sac, j'étanche les mucosités purulentes avec un bourdonnet de charpie, puis je cautérise tout l'intérieur de la cavité avec un crayon de nitrate d'argent. Celui-ci se casse pendant cette manœuvre; je cherche à extraire, au moyen d'une pince, le fragment de 3 à 4 millimètres de nitrate d'argent qui s'était détaché; mais déjà il était réduit en bouillie, que j'étanche avec de la charpie. Craignant une inflammation trop vive, je fais appliquer des cataplasmes pendant deux jours, puis je panse avec du digestif.

Pendant les quinze premiers jours, la plaie ne fournit que du pus, mais au bout de ce temps il s'écoula de nouveau du pus mêlé de mucosités et de larmes. L'opération avait échoué, le sac n'était pas détruit.

Je réitère alors la cautérisation au moyen du nitrate d'argent, mais sans plus de succès.

Le caustique dont je m'étais servi me parut insuffisant. Je le remplacai par la potasse caustique.

Les deux cautérisations avaient été très-douloureuses; la dernière devait l'être davantage. J'eus donc recours au chloroforme.

La malade étant complétement anesthésiée, j'incisai largement le sac, j'écartai les lèvres de la plaie avec des pinces et je promenai dans l'intérieur du sac un crayon de potasse caustique, qui y perdit à peu près le tiers de son épaisseur. Les pinces n'empêchèrent point les lèvres de la plaie de noircir.

Les jours suivants, l'escarre s'étendit et se rapprocha de l'angle interne de l'œil, au point qu'un instant j'eus des appréhensions pour le tendon du muscle orbiculaire des paupières.

Les fomentations froides faites le premier jour furent remplacées par l'onguent styrax.

Peu à peu les escarres se détachèrent, et l'on put s'assurer que le sac lacrymal devait être détruit, car la plaie avait 15 à 20 millimètres de profondeur et un centimètre de largeur.

Des granulations couvrirent le fond de la plaie. La malade, impatiente de retourner chez elle, quitta Strasbourg le 12 février 1850. L'ulcère était alors très-rétréci et avait un bon aspect. De crainte que l'ouverture extérieure ne se fermât avant que le fond ne fût rempli, je fis continuer l'introduction d'une mèche de charpie, maintenant enduite de cérat.

Deux mois après, la malade revient me voir. La cicatrisation est complète, sans difformité, et mademoiselle K. est heureuse de sa guérison. Elle affirme ne plus avoir de larmoiement, excepté lorsqu'elle expose ses yeux à un vent fort.

Le résultat de cette observation confirme ce que des faits antérieurs ont déjà démontré, à savoir que la destruction du sac lacrymal n'était pas suivie d'un larmoiement continu, mais que celui-ci n'existait que dans les circonstances exceptionnelles qui augmentent la sécrétion lacrymale ; d'où j'ai tiré la conclusion que dans l'état habituel les larmes s'évaporent sur la surface de l'œil ou y sont absorbées et ne passent par le sac lacrymal qu'en très-petite quantité. C'est aux physiologistes à confirmer ou à infirmer cette conclusion par des expériences directes.

Mais quelle que soit l'explication du fait, l'absence de larmoiement à la suite de l'oblitération du sac lacrymal doit nous engager à provoquer cette dernière dans un certain nombre de cas de fistule lacrymale.

L'opération qui amène ce résultat est indiquée toutes les fois qu'une inflammation chronique du sac lacrymal entretient un larmoiement continuel ou que des inflammations phlegmoneuses du sac se répètent fréquemment et que ces accidents ont résisté aux moyens rationnels employés pour les combattre.

L'opération en elle-même n'est pas d'une exécution difficile. Elle a cependant échoué un certain nombre de fois, et souvent on a été obligé de recommencer. Cela peut tenir à ce que la cautérisation n'a pas atteint toute l'étendue du sac ; mais le plus souvent l'insuccès dépend de la nature des caustiques employés. Ceux-ci agissent avec plus ou moins d'intensité sur la muqueuse ; les uns ne l'entament que superficiellement, les autres la détruisent dans toute son épaisseur. Dans le premier cas, un nouvel épithélium peut se former et l'adhérence des parois du sac ne se fait pas. Mais lorsque la muqueuse est complétement réduite en escarre, la chute de celle-ci est suivie du développement de bourgeons charnus et d'une oblitération absolue de la cavité.

Le nitrate d'argent ne paraît pas avoir une action caustique assez intense. Il a échoué entre les mains de M. Velpeau, et l'on a vu que j'ai dû y renoncer également après deux tentatives. M. Caffort a été plus heureux ; il dépose un fragment de nitrate d'argent dans l'intérieur du sac, à l'entrée du canal nasal, et cautérise le reste de la cavité avec le crayon. Il répète cette opération trois ou quatre fois en douze jours.

Le beurre d'antimoine, recommandé par M. Rosas, n'a certainement pas une action plus forte que le nitrate d'argent et ne lui sera point préféré.

Parmi les caustiques plus énergiques on a employé le fer rouge et la pâte de Vienne. Je me suis servi de la potasse caustique.

Le cautère actuel porté si près de l'œil n'est peut-être pas sans inconvénient ; il a certainement celui de beaucoup effrayer les malades.

La pâte de Vienne a été employée avec succès par M. Desmarres, qui en a placé une certaine quantité dans le sac d'où il l'a retirée au bout de quelques instants.

J'ai choisi la potasse caustique, parce que je désirais une cautérisation prompte et profonde. Je n'ai pas eu lieu de m'en repentir. Mais lorsqu'on se servira de ce moyen, il faudra ne laisser saillir hors du porte-caustique qu'une portion peu considérable de la pierre à cautère, promener ce crayon une seule fois sur l'étendue de la muqueuse du sac, en appuyant un peu plus sur la partie inférieure qui correspond à l'entrée du canal nasal. On fera bien aussi, pour garantir la peau, d'introduire préalablement dans la plaie une canule peu profonde et assez large pour permettre de porter librement la potasse sur toute l'étendue de la face interne du sac. Moyennant ces précautions, je ne crois pas qu'il y ait de l'inconvénient à se servir de ce caustique.

MÉTHODE POUR GUÉRIR RADICALEMENT LA TUMEUR ET LA FISTULE DU SAC LACRYMAL ;

par le docteur MAGNE,

médecin-oculiste des crèches du département de la Seine, etc.

Sublata causâ tollitur effectus.

De la méthode que j'emploie pour guérir radicalement la tumeur et la fistule du sac lacrymal.

Je n'avais pas connaissance des essais tentés il y a un siècle par Nannoni quand je fis ma première opération de ce genre. La répugnance d'un malade pour tous les procédés habituels appela mon attention sur cet important sujet, Considérant qu'aucune des méthodes mises en usage et se recommandant des noms les plus éminents ne produit de résultats mathématiquement démontrés, et que souvent les malades refusent de s'y soumettre, j'eus l'idée de sortir de la voie ordinaire, d'employer un moyen entièrement opposé à ceux qui sont généralement conseillés ; enfin, de fermer un conduit au lieu de tenter de l'ouvrir. Je fis entrevoir à mon malade toutes les chances que je regardais comme heureuses ou

malheureuses, et je pratiquai, assisté de mon honorable confrère M. le docteur Boutin de Beauregard, qui m'avait adressé ce malade, ma première cautérisation du sac lacrymal.

L'azotate d'argent échoua complétement, en crayon et en poudre; il eut entre mes mains le même résultat qu'entre celles de M. le professeur Velpeau. La cautérisation par le beurre d'antimoine amena une guérison complète.

Depuis lors j'ai opéré sept malades par l'incision et la cautérisation du sac à l'aide du beurre d'antimoine, et j'indiquerai tout à l'heure comment j'ai modifié, simplifié et perfectionné ces opérations à mesure qu'une indication se présentait.

Chaque opération a été suivie d'un plein succès. Je viens donc aujourd'hui, fort des faits qui parlent plus haut que tous les raisonnements, proposer à mes confrères l'oblitération du sac lacrymal comme une méthode générale; et voici mes motifs :

Tous les procédés employés d'habitude échouent la plupart du temps contre la fistule du sac lacrymal.

S'ils réussissent, ce n'est que momentanément, et les récidives se manifestent après un temps plus ou moins long.

La durée prolongée des traitements, l'impossibilité dans laquelle se trouvent les malades de se livrer à leurs occupations, leur font trouver le remède pire que le mal.

L'oblitération du sac lacrymal, par le procédé que j'emploie, exige trois semaines environ de traitement, si ancienne que soit la maladie.

L'opération est peu douloureuse et la récidive est impossible, puisque le sac n'existe plus.

Je passe actuellement à la description des instruments que j'ai imaginés pour rendre cette opération plus facile et plus sûre.

Description des instruments que j'emploie pour la destruction du sac lacrymal. — Les instruments que j'emploie pour pratiquer l'oblitération du sac lacrymal sont au nombre de quatre. J'ai dû les faire fabriquer d'après des modifications qui m'ont paru nécessaires et que je vais successivement indiquer :

1° Un couteau à fistule du sac lacrymal. Cet instrument n'est autre qu'un couteau droit et à lame à double tranchant. Je faisais usage dans le principe d'une lancette ou d'un bistouri; j'ai bientôt reconnu que ces deux instruments étaient défectueux, en ce sens que l'ouverture interne, beaucoup plus étroite que l'ouverture extérieure, ne permettait qu'une difficile entrée au pinceau chargé

du caustique et occasionnait, par conséquent, une perte de substance de l'ouverture de la plaie qu'il était important d'éviter. Avec mon nouvel instrument, les plaies d'entrée et de sortie présentent des dimensions à peu près égales.

2° Un speculum ou dilatateur du sac lacrymal. — Outre qu'une incision, large au dehors, étroite au dedans, expose à une trop grande perte de substance des lèvres extérieures de la plaie, les lèvres elles-mêmes, rapprochées aussitôt que le liquide contenu dans le sac a été évacué, ne permettent l'entrée du porte-caustique qu'avec un certain effort de pression et par conséquent de cautérisation pour elles; le speculum ou dilatateur a pour but d'écarter et préserver les bords de la plaie, et de donner un accès facile dans le sac en mettant à jour le fond du sac lui-même.

3° Une petite pince à pansement. — Elle n'est autre que la pince à pansement ordinaire, sauf que les dimensions en sont beaucoup plus exiguës, appropriées qu'elles sont à la plaie dans laquelle elles doivent manœuvrer.

4° Un porte-caustique. — J'ai commencé par la cautérisation avec le crayon d'azotate d'argent dont l'effet a été nul, bien que je l'eusse aidée par l'introduction de boulettes de charpie graissées de cérat et recouvertes d'azotate d'argent pulvérisé.

Plus tard j'ai employé un pinceau de charpie imbibée de beurre d'antimoine; mais voici les inconvénients que j'ai toujours observés : Quel que fût le manche du pinceau (et j'avais fini par prendre une allumette taillée en conséquence), le pinceau, toujours trop volumineux, n'entrait qu'avec peine et produisait une forte escarre de l'ouverture externe ; il en résultait que la paupière inférieure, tiraillée par le travail de la cicatrisation, perdait de sa courbure normale et offrait de la tendance à affecter la forme horizontale.

Pour parer à ces graves inconvénients, j'emploie actuellement une petite tige en argent très-flexible, offrant des sillons circulaires à son extrémité, et à cette extrémité je fixe un petit fragment d'éponge que j'imbibe de beurre d'antimoine.

Description du procédé opératoire.

Premier temps de l'opération. — Le sac lacrymal étant distendu autant que possible par le liquide que le malade aura dû laisser amasser depuis la veille, ou par une injection d'eau tiède s'il n'existe pas de liquide en quantité suffisante, le malade étant assis, l'aide placé derrière lui fixe, d'une main, la tête contre sa poi-

trine, et de l'autre fait saillir le tendon de l'orbiculaire en tirant vers le temporal la commissure externe des paupières; armé du couteau que je tiens comme une plume à écrire, je fais la ponction du sac de haut en bas, à 1 millimètre en dedans du tendon du muscle orbiculaire et sur la même ligne; le pus ou le liquide qui s'échappe annonce que la pointe de l'instrument a pénétré dans le sac; je prolonge alors mon incision de haut en bas et perpendiculairement, de manière à lui donner de 7 à 8 millimètres de longueur. Je dis perpendiculairement, et ce point est des plus importants, attendu qu'une incision oblique modifierait désavantageusement la courbure normale de la paupière inférieure lors du travail de cicatrisation.

S'il existe un trajet fistuleux, je fais l'ouverture de la même manière, en comprenant l'orifice de la fistule dans l'incision.

Deuxième temps. — Ce premier temps accompli, et la plaie, qui donne issue à une certaine quantité de sang et de pus, étant convenablement nettoyée, j'introduis entre les lèvres et je porte jusqu'au fond du sac une boulette de charpie suffisamment épaisse pour dilater largement le sac. Cinq minutes écoulées, je retire la charpie et je procède au troisième temps de la manière suivante :

Troisième temps. — J'introduis entre les lèvres de la plaie le dilatateur que je confie à la main de l'aide restée libre; je fais pénétrer alors jusqu'au fond du sac le porte-caustique chargé de beurre d'antimoine; je le dirige de bas en haut et de dedans en dehors, de manière à attaquer plus directement l'embouchure des conduits lacrymaux. Je reconnais, à l'aide de l'index de la main gauche, la position du pinceau que je retire au bout de quelques secondes en le promenant dans l'intérieur du sac et le ramenant ensuite rapidement au dehors. On doit apporter la plus grande attention à ce que l'éponge ne soit pas trop chargée de liquide; autrement on s'expose à en voir couler quelques gouttes qui excorient la joue.

Pansement. — Je remplis alors la plaie avec une boulette de charpie enduite de cérat et beaucoup moins volumineuse que celle dont je viens de parler; une compresse fenestrée enduite aussi de cérat, un plumasseau de charpie, une compresse carrée et un bandage monocle constituent le premier pansement.

Accidents et soins consécutifs. — L'appareil ainsi posé, j'ai pour habitude de ne le lever que le troisième jour. Durant cet inter-

valle, voici comment les choses se passent : un gonflement inflammatoire se manifeste, qui envahit le nez, les paupières, le front, la tempe et la joue du côté opéré, se prolongeant même, quoique fort rarement, du côté opposé. L'on observe une certaine accélération du pouls, de la soif, quelquefois l'absence du sommeil; l'appétit est assez généralement conservé. Les malades se plaignent de douleurs assez vives dans la plaie et aux environs.

Des bains de pieds dans l'eau chaude et salée; un verre d'eau de Seidlitz tous les matins, durant quelques jours; des cataplasmes de farine de graine de lin sur les parties enflammées; quelques boissons rafraîchissantes, et au besoin la diète, combattent avantageusement ces symptômes consécutifs qui disparaissent bientôt sans laisser aucune trace dès que l'escarre commence à se détacher.

A la levée du premier appareil, on aperçoit tout l'intérieur du sac lacrymal, qui paraît d'autant plus profond que l'inflammation est plus forte et les tissus plus engorgés; on peut alors juger que le caustique a pénétré partout. Je me borne alors à un simple pansement à plat, composé d'une compresse fenestrée enduite de cérat, d'un plumasseau, d'une compresse et du bandage monocle.

Il est essentiel, et je dois insister sur ce point, de panser les malades tous les jours, car une fois la suppuration établie, et elle est très-abondante, le séjour de ce pus sur les paupières les irrite et détermine un érythème qui amène des démangeaisons très-douloureuses.

Du septième au dixième jour, l'escarre se détache, et je ne saurais mieux comparer sa forme qu'à celle d'un dé à coudre.

Au quinzième jour, la plaie, qui paraissait extraordinairement profonde lors de la chute de l'escarre, commence à se combler.

Du dix-huitième au vingtième jour, les bourgeons charnus font saillie; il est nécessaire de les réprimer avec l'azotate d'argent; la suppuration alors devient presque nulle; je remplace les pièces du pansement par un simple morceau de diachylon, et du vingt et unième au vingt-cinquième jour la cicatrisation est complète.

J'ai pour habitude, quand l'œil est entièrement débarrassé, de le faire bassiner plusieurs fois dans la journée avec un collyre astringent; je recommande également de tenir pendant une huitaine les paupières recouvertes, durant la nuit, d'une compresse ployée en plusieurs doubles, imbibée d'eau végéto-minérale et maintenue par un morceau de taffetas gommé.

TRAITEMENT DE LA KÉRATITE VASCULAIRE INTERSTITIELLE PAR LA SCARIFICATION DES VAISSEAUX DE LA CORNÉE;

Note adressée à l'Académie de médecine de Paris

par le docteur TAVIGNOT.

Tous les traités spéciaux sont là pour l'attester, la chirurgie est restée jusqu'à présent impuissante dans le traitement de la *kératite vasculaire interstitielle*. Cette affection, abandonnée aux moyens médicaux ordinaires, se prolonge en quelque sorte indéfiniment, et entraîne presque toujours la perte de l'œil.

On sait qu'il n'en est pas de même dans la *kératite vasculaire superficielle;* l'excision et la cautérisation des vaisseaux forment deux méthodes de traitement dont l'efficacité est loin d'être révoquée en doute.

Dans la kératite vasculaire interstitielle, le but à atteindre est le même : l'oblitération des vaisseaux ; tout le monde le sait, mais personne n'ignore aussi que l'*excision* et la *cautérisation* sont tout à fait impraticables dans l'espèce.

L'idée m'est venue de pratiquer une nouvelle opération très-simple d'ailleurs, bien que d'une exécution assez délicate. Cette opération, qui m'a très-bien réussi, n'est autre que la *scarification* des vaisseaux disséminés dans l'épaisseur même de la cornée.

Le malade et le chirurgien sont placés en face l'un de l'autre ; un aide relève la paupière supérieure pendant que l'opérateur abaisse lui-même la paupière inférieure; si besoin est, on immobilise l'œil avec une pince destinée à saisir un pli de la conjonctive.

L'instrument dont je me sers ressemble beaucoup à l'aiguille à cataracte ordinaire; tenu comme une plume à écrire, il est présenté en regard de l'œil et prêt à agir; le lieu d'élection est la circonférence de la cornée et à peu de distance de la sclérotique : là, en effet, on atteint le tronc vasculaire avant les divisions et subdivisions qu'il fournit.

Pour ouvrir le vaisseau *parallèlement à sa longueur,* on imprime au fer de lance de légers mouvements de va-et-vient, de manière à intéresser la cornée en quelque sorte lamelle par lamelle; la longueur de l'incision est d'environ 3 millimètres. L'opération est terminée dès que l'on a suffisamment incisé le vaisseau, ce dont on s'aperçoit, dans quelques cas, à l'écoulement d'une petite nappe de sang à la surface de l'œil.

Une précaution qui me paraît importante, *pour éviter la perforation de la cornée,* consiste à présenter toujours le fer de lance obli-

quement à la surface de cette membrane, de manière à agir par l'un de ses bords tranchants et non par sa pointe.

On peut pratiquer à différents jours d'intervalle la scarification des vaisseaux de la cornée, dans le but d'éviter une réaction trop vive. Toutefois cette réaction elle-même n'est guère à redouter, et j'ajoute avec confiance qu'elle serait plutôt favorable que nuisible pour le résultat que l'on se propose : l'inflammation adhésive des ramifications vasculaires.

PARALYSIE DU NERF MOTEUR OCULAIRE EXTERNE DU COTÉ DROIT. — FRICTIONS ET EMBROCATIONS STIMULANTES, FUMIGATIONS SULFUREUSES, VÉSICATOIRE ET MOXA. — GUÉRISON.

Observation communiquée par le docteur HUBERT RODRIGUES,

professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Obs. — Une journalière âgée de 28 ans, d'une constitution assez bonne, sujette aux atteintes rhumatismales, nourrissant un enfant superbe de 4 mois, a voulu laver le linge de son nouveau-né dans de l'eau de puits, quatre jours après son accouchement. Le soir, elle se plaignit de céphalalgie dans tout le côté droit de la tête; il y eut insomnie pendant toute la nuit : le lendemain matin, elle voyait double, et son mari lui dit qu'elle louchait.

Elle est venue me consulter (le 1er mai 1849) dans l'état suivant :

L'œil droit est fortement dévié en dedans; il peut être porté un peu en haut et en bas, mais tous les efforts pour le tourner en dehors sont inutiles. La pupille est contractile et sans déformation. En fermant l'œil sain, aucun changement ne survient du côté affecté.

A une distance rapprochée, et les deux yeux étant ouverts, la malade voit en double les objets placés devant elle. Les deux images sont distinctes, leurs bords nettement tranchés; mais à mesure qu'on les éloigne, les images sont de moins en moins nettes : la confusion augmente un peu plus loin, et la vision devient tout à fait trouble. — Lorsqu'on ferme un œil, il n'y a qu'une seule image, beaucoup moins distincte quand c'est l'œil gauche qui est clos. — Si on place un objet à gauche de la malade, et qu'on lui prescrive de porter l'œil gauche en dehors, il arrive un moment où une seule image est perçue; les deux images ne tardent pas à se dessiner si on ramène l'objet devant la malade.

Cette femme accuse toujours de la céphalalgie à droite et une douleur sourde dans l'œil dévié, qui n'est d'ailleurs le siége d'aucune rougeur. — Nul trouble des fonctions digestives. — L'état de l'œil inquiète la malade et la met dans l'impossibilité de travailler. Pour se conduire, elle ferme un œil avec la main.

Frictions avec une pommade opiacée et belladonée, deux fois par jour; frictions mercurielles; embrocations stimulantes avec le baume de Fioraventi et l'ammoniaque liquide; fumigations sulfureuses.

Le 25 *mai.* — La diplopie persiste; immobilité absolue de l'œil dans le sens de l'adduction. — (*Vésicatoire à la tempe. Embrocations stimulantes.*)

Amélioration. On aperçoit de temps à autre comme un mouvement de l'œil en dehors, mais la cornée reprend bien vite la place qu'elle occupait auparavant.

Le 5 *juin.* — L'amélioration est sensible. La diplopie persiste encore, mais la confusion des objets est moins grande.

Le 20 *juin.* — Même état. — (*Moxa à la tempe droite; reprise des fumigations sulfureuses.*)

Le 25. — L'œil peut être porté dans l'abduction, mais pas autant qu'à l'état sain. Pendant le repos, il revient dans l'adduction. — Le 29, en faisant regarder en face, les deux yeux sont parallèles.

Le 15 *juillet.* — Les mouvements du globe sont libres dans tous les sens; il n'existe plus de diplopie, même dans l'abduction forcée.

La paralysie de la sixième paire est une maladie assez rare (1), caractérisée par l'adduction permanente plus ou moins prononcée de l'œil, par l'affaiblissement de la vue et la vision double. Ces phénomènes ont été précédés et accompagnés d'une céphalalgie intense du côté de l'œil malade, chez le sujet de l'observation qu'on vient de lire.

Cette paralysie peut se montrer dans des circonstances bien différentes, liée à une altération cérébrale, ou existant seule. Dans l'exemple que je rapporte, je ne vois pas d'autre cause que l'action de l'eau froide à l'époque de la parturition, et elle me parut de nature rhumatismale. La maladie résistant aux opiacés et aux embrocations stimulantes, j'eus recours à des moyens plus énergiques, tels que le vésicatoire et le moxa, et la guérison a été complète assez rapidement.

(1) Voir Badin d'Hurtebise, *De la paralysie du nerf moteur oculaire externe* (*Annales d'Oculistique*, t. XXII, p. 3); Ch. Deval, *Observations cliniques sur la paralysie des troisième et sixième paires cérébrales* (*Ibidem*, t. XXIV).

DE LA CATARACTE CHEZ LES OURS;

Par le docteur WILLIAM WHITE-COOPER,

chirurgien de l'infirmerie ophthalmique du Nord, etc., à Londres.

Les diverses communications qui m'ont été adressées au sujet de quelques opérations que j'ai pratiquées dans ces derniers temps au Jardin zoologique de *Regent's Park*, m'autorisent à croire qu'on ne lira pas sans intérêt les détails suivants qui retracent l'historique des seules opérations de cataracte qui aient été instituées jusqu'à ce jour sur de grands carnivores.

On a considéré jusqu'à ce jour comme un obstacle à cette opération sur ces animaux, d'une part, la puissance du muscle rétracteur qui porte fortement l'œil dans le fond de l'orbite, d'autre part, la prétendue nécessité de recourir à des moyens optiques artificiels, après la disparition de la cataracte. La puissance d'action des muscles des paupières devait aussi être vaincue; et pour ce qui regarde les bêtes féroces, leurs formidables moyens de résistance constituaient une autre objection sérieuse.

La découverte du chloroforme a fait cesser la plupart de ces obstacles; son usage met entièrement l'œil sous la dépendance de la volonté de l'opérateur. Pour ce qui est de la nécessité d'une assistance optique ultérieure, on l'a quelquefois exagérée. Sans entrer dans l'examen de la question de la reproduction de la lentille, qui a été constatée sur le lapin, le chat, le chien, le bœuf et d'autres mammifères, et qui n'a pas encore été observée chez l'homme, je rappellerai qu'il existe de fortes raisons de croire que la vision peut être réellement restituée d'une manière convenable aux jeunes animaux opérés de la cataracte. Ceux qui s'occupent de chirurgie oculaire ont fréquemment l'occasion de constater la puissance de la nature pour ramener une vision normale dans de semblables circonstances; on est même parvenu à rendre un degré de vision très-satisfaisant à des vieillards opérés de la cataracte, en les privant de l'usage des verres de lunettes et en forçant l'œil à s'accommoder aux nouvelles conditions qui lui sont faites. La vision récupérée est d'autant plus parfaite que l'opération a été instituée chez des individus moins avancés en âge. Si ce fait est vrai pour l'homme, dont les forces réparatrices ne sont pas aussi puissantes que celles des animaux inférieurs, on doit supposer avec raison que le bénéfice ne sera pas moins considérable pour les derniers que pour le premier; et comme le degré de vision nécessaire aux

animaux en état de domesticité ne doit pas être aussi considérable que celui qui est indispensable à l'homme, je suis d'avis que l'opération instituée chez ces animaux encore jeunes, est capable de leur rendre un degré de vision suffisante.

De toutes les espèces d'ours, les ours gris des Montagnes Rocheuses sont les plus hauts de taille, les plus forts et les plus féroces; sans le secours du chloroforme, il serait absolument impossible de pratiquer sur ces animaux une opération délicate quelconque. Deux des trois magnifiques ours de cette espèce, récemment acquis par la ménagerie de la Société zoologique, étant aveugles, et perdant ainsi une grande partie de leur valeur, M. Mitchell, secrétaire de la Société, me fit la proposition de les opérer de la cataracte qui occasionnait leur cécité. M. le docteur Snow ayant bien voulu se charger de pratiquer l'inhalation du chloroforme, la première opération eut lieu le 5 novembre dernier.

L'ours à opérer fut séparé de ses compagnons; on lui attacha au cou un collier solide garni d'une forte chaîne. Cette chaîne ayant été passée autour d'un des barreaux de la loge, deux hommes vigoureux se mirent en devoir de fixer l'animal, de la même manière qu'à l'abattoir on attache un bœuf à l'anneau attaché au sol ou à la muraille. L'animal, qui a la taille d'un jeune âne, opposa une résistance telle que durant dix minutes les efforts des deux hommes furent impuissants; il fallut quatre hommes pour parvenir à le mettre dans une position qui permit l'application du chloroforme. M. le docteur Snow plaça d'abord une éponge sous les naseaux; mais pour obtenir l'effet nécessaire, il fallut la fixer en cet endroit. Le fléchissement des pattes de l'ours, la cessation de ses rugissements et de sa résistance annoncèrent que l'insensibilité était obtenue. Une solution d'atropine avait été instillée dans l'œil dès la veille au soir, et avait produit une dilatation prononcée des pupilles. L'instrument dont j'avais fait choix était une aiguille forte, droite et tranchante. La dureté et l'épaisseur extraordinaires de la cornée en rendirent l'introduction difficile. Le cristallin était d'un volume excessif par rapport à celui de l'œil. Le brisement de ce corps fut, par cette raison, peu aisé, et exigea au moins une minute. La matinée était sombre, et on distinguait à peine les bords de l'iris d'un brun foncé, ce qui fut cause que cette membrane fut blessée dans l'un des yeux : il en résulta une hémorrhagie abondante.

Les deux cataractes ayant été opérées, l'ours fut reconduit dans

sa cage. Il resta encore pendant quelques minutes dans un état de profond coma, donnant à peine quelques signes de vie ; peu à peu il revint à lui, il se leva avec quelque difficulté, et entra en chancelant dans sa cellule.

Lorsque j'arrivai le lendemain matin, je trouvai la porte de la cellule ouverte, et à ma grande surprise, l'ours en sortit les yeux ouverts et supportant la lumière sans la moindre gêne ; il commença à se lécher les pattes avec une entière satisfaction. Une dose de sel de Rochelle fut administrée par simple mesure de précaution plutôt que par nécessité. La guérison fut promptement obtenue, sans que la conjonctive ait jamais présenté la moindre injection.

Encouragé par ce résultat, j'ai opéré le second ours le 15 novembre. Cet animal fut amené hors de sa cage, et six hommes le fixèrent de la manière dont il a été dit plus haut à un barreau de fer. La dose de chloroforme employée la première fois ayant été plus considérable qu'il ne l'eût fallu, M. le docteur Snow le mélangea cette fois avec l'esprit-de-vin. L'ours n'étant pas dans un état d'insensibilité complète, j'éprouvai d'abord un peu de difficulté ; chaque essai d'introduction de l'aiguille dans l'œil gauche faisait fuir la cornée en dedans sous la membrane nictitante ; enfin, en plongeant l'instrument perpendiculairement à sa surface, je traversai la cornée dont l'épaisseur était remarquable, et je brisai la cataracte. Cet inconvénient fut évité dans l'œil droit en introduisant l'aiguille vers la marge interne et inférieure de la cornée ; de cette façon, tout marcha sans encombre. Le rétablissement de cet animal ne fut pas moins prompt que celui du premier opéré ; l'absorption des fragments cristalliniens fut rapide.

Le volume considérable du cristallin chez ces animaux porte à croire que l'absorption de ce corps doit être plus lente que chez l'homme ; il en a réellement été ainsi.

Une série intéressante d'expériences faites par le docteur Dieterich a démontré que les yeux des animaux peuvent subir impunément les lésions les plus graves. Ce fait se trouve confirmé par les deux opérations que j'ai instituées. Deux ours ont très-bien supporté le broiement, et il n'a été employé chez eux ni bandage, ni traitement consécutif. L'extraction ne pouvait être instituée, les cataractes de ces animaux étant toujours molles, et se laissant aisément briser par l'aiguille.

Je terminerai en appelant sur les points suivants l'attention de

ceux qui trouveraient l'occasion de pratiquer des opérations de cette nature :

La pupille doit être convenablement dilatée par l'atropine. Il faut faire choix d'une aiguille forte, extrêmement pointue et tranchante sur un sixième de pouce au moins. L'animal doit être mis complétement sous l'influence du chloroforme; la manière la plus convenable d'appliquer cet agent consiste à le verser dans le creux d'une éponge que l'on fixe à l'aide d'un mouchoir autour du museau. Afin d'éviter la rotation de l'œil, l'aiguille doit être introduite à travers la partie moyenne du segment inférieur et interne de la cornée. L'opérateur doit s'attendre à rencontrer une grande dureté de cette membrane, et le volume considérable du cristallin exige qu'il ait recours à des mouvements étendus de l'aiguille.

MODIFICATION DANS L'EMPLOI DE L'ACÉTATE DE PLOMB NEUTRE APPLIQUÉ AU TRAITEMENT DES GRANULATIONS DE LA CONJONCTIVE PALPÉBRALE;

par le docteur GOUZÉE,

médecin principal de la garnison d'Anvers, etc.

M. Buys, à qui l'on doit l'introduction de l'acétate de plomb neutre dans la thérapeutique des granulations de la conjonctive des paupières, charge de ce sel porphyrisé un pinceau très-légèrement humecté d'eau, et applique la poudre sur la surface conjonctivale malade, qu'il a mise préalablement à découvert en renversant la paupière; le pinceau est reporté au besoin une ou deux fois dans la poudre pour en recouvrir les granulations épargnées la première fois. M. Buys a soin de maintenir ensuite la paupière renversée pendant une ou deux minutes, jusqu'à ce que les larmes aient eu tout le temps nécessaire pour fondre le sel et en éliminer l'excédant. Si cet effet se fait trop longtemps attendre, il enlève cet excédant au moyen du pinceau nettoyé. Pour la paupière supérieure, il fait observer plus expressément encore que la paupière ne doit pas être remise en contact avec le globe de l'œil avant la complète dissolution du sel plombique.

Tel est le procédé généralement suivi dans l'application de l'acétate de plomb aux conjonctives palpébrales granuleuses, à part les précautions, *maximi momenti minutiae*, sur lesquelles insiste son auteur. Il doit du moins en être ainsi, puisque M. Buys n'observe jamais le moindre accident à la suite de cette application, tandis qu'entre les mains d'autres médecins, elle provoque assez fréquem-

ment une irritation des yeux telle qu'il devient nécessaire d'envoyer à l'hôpital les hommes qui y ont été soumis au quartier.

Cette irritation ne peut manquer en effet de se manifester si on abandonne sur la muqueuse palpébrale le sel non complétement dissous. Quelque impalpable que soit la poudre, elle s'agglomère facilement dans les interstices des boursouflements muqueux, et elle forme des masses, des corpuscules, qui constituent autant de corps étrangers qu'on ne peut plus extraire et qui suffisent pour occasionner de vives douleurs et une inflammation plus ou moins grave.

J'ai souvent appliqué le sel plombique et je n'ai jamais vu naître le moindre accident, pas même la plus légère douleur, mais je m'y suis pris un peu différemment de mes collègues. Après avoir déposé en tas, sur un morceau de papier blanc, quelques grains d'acétate de plomb neutre bien pulvérisé, je prends un pinceau légèrement mouillé et je dissous le sel de manière à en faire une pâte épaisse; j'étends cette pâte sur la muqueuse granulée et la fais pénétrer dans ses interstices en y passant et repassant le pinceau à plusieurs reprises. Cela fait, la paupière peut être abandonnée à elle-même sans qu'il y ait aucun danger à redouter.

C'est l'action dynamique de la substance saline, et non son action mécanique, que l'on cherche à obtenir; il me paraît donc que faire pénétrer la substance déjà en état de solution dans le tissu malade est chose plus rationnelle que de s'efforcer d'opérer cette solution sur la partie même, ce à quoi tous les médecins, comme nous l'avons vu, sont loin de parvenir toujours.

Le procédé que je viens d'indiquer, et auquel j'ai toujours eu recours, mérite d'être soumis à de nouveaux essais, car si une expérience suffisamment prolongée venait à démontrer, comme j'ai lieu de le croire, que son efficacité est égale à celle du procédé généralement mis en usage jusqu'à ce jour, personne ne serait plus exposé à introduire et à laisser sous les paupières des corps étrangers qui sont aujourd'hui la source de fréquents accidents.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Journaux américains.

The Philadelphia Lancet.

De la cataracte. — Sous ce titre, M. Albert-L. Gihon expose une leçon clinique sur la cataracte donnée par M. James

M'Clintock, professeur de chirurgie au Collége de médecine de Philadelphie. Ce sont de simples généralités exposées avec méthode et clarté. Le chirurgien américain veut que l'on soit toujours excessivement réservé sur le pronostic des opérations. Il donne la préférence à l'aiguillement, soit par la sclérotique, soit par la cornée. Il n'est point partisan de l'opération pratiquée sur un œil, lorsque la cataracte n'est pas complète dans l'autre ; mais lorsque l'intérêt du malade exige qu'il ne devienne pas aveugle, même pendant un temps limité, et que sa constitution est d'ailleurs favorable, il passe outre. (N° 1, *January* 1, 1851.)

Tumeur de la paupière inférieure droite. — Ce fait a été observé dans le service de M. Gibson, professeur de chirurgie à l'université de Pensylvanie. Le patient était âgé de trente ans. La tumeur s'était manifestée et développée depuis cinq ans ; elle offrait au début l'apparence d'une petite tache noire. Elle était récemment devenue fongueuse et saignante. « Ce n'était pas une » dégénérescence des glandes lymphatiques. Une dureté pierreuse » entourait sa base ; la face interne était enflammée. La tumeur, » solide profondément, n'offrait point de résistance extérieure- » ment ; elle avait plutôt l'aspect d'un *lupus* que d'un *carcinome ;* » c'est ce que l'on appelle souvent un *noli me tangere.* » M. Gibson a pratiqué deux incisions en V intéressant toute l'épaisseur palpébrale ; la tumeur a ainsi été complétement enlevée. Il a ensuite réuni les bords de la plaie par la suture. La guérison a été complète en peu de jours. (N° 2, *January* 15, 1851.)

Amaurose de l'œil droit. — Cordonnier de quarante-cinq ans, ayant fait un long séjour dans le Midi, et ayant souffert de maladie du foie et de « fièvre congestive », qu'il appelait *bone fever,* dans la Caroline du Sud ; non habitué à travailler à la lumière artificielle, ni à fatiguer ses yeux, mais tenant nécessairement la tête baissée pour ses occupations. Au premier aspect, l'œil était d'apparence normale ; mais en fermant alternativement les paupières d'un côté, on notait que l'une des pupilles était plus dilatée que l'autre. Le fond de l'œil offrait une apparence d'un vert particulier. Le malade se plaignait de mouches volantes et avait souffert de dyspepsie. Voilà tout ce qui est dit des symptômes et du commémoratif. Voici pour le traitement :

« Comme l'économie n'est pas dans son état normal, et que la digestion est dérangée, le meilleur traitement consiste à opérer sur l'estomac par

des émétiques légers, en donnant chaque jour l'ipécacuanha. La diète sera légère; on évitera les aliments indigestes de toute espèce; le malade ne boira pas de café. Il faudra en même temps entretenir une légère purgation. A ces moyens il conviendra de joindre l'administration par les narines du tabac en poudre, d'abord d'une èspèce faible. On commencera par le *râpé*, et on fera successivement choix d'espèces plus fortes pour terminer par le tabac à priser dit *d'Écosse*. La stimulation portée sur la membrane des narines s'étend sympathiquement jusqu'à l'œil. Tout en se fondant sur les sternutatoires, le mieux est de les combiner avec le traitement constitutionnel. Je donnerai les pilules bleues et l'hydriodate de potasse. Plusieurs médecins donnent ce dernier médicament à des doses trop faibles; dans la syphilis, par exemple, ils donnent 10 à 12 grains par dose. J'ai entendu M. Ricord dire qu'il le donne dans ces cas à la dose de 30 grains, et qu'il guérissait la maladie, ce qui ne peut avoir lieu avec 10 grains. A ce point de vue général, mon expérience m'oblige à me ranger à l'avis de M. Ricord. »

Telle est la *leçon* donnée sur le cas d'amaurose que nous avons décrit, et qui s'est présenté dans le service des professeurs Gibson et Smith; elle est rapportée par le docteur Thomas Dunn English, éditeur de la *Philadelphia Lancet*.

Nous croyons devoir dire franchement à notre confrère américain qu'il rend un très-mauvais service aux professeurs de Philadelphie en exposant leurs leçons avec aussi peu de soin. Ceux qui, n'ayant pas le bonheur de connaître M. Gibson, jugeraient son enseignement par la note de la *Philadelphia Lancet*, se feraient de lui et de son mérite une idée peu en harmonie avec la réalité.

— *n* —.

Summary of the Transactions of the College of Physicians of Philadelphia. (Vol. II, septbr. 1845 to octbr. 1849.)

Photophobie par irritation de la branche dentaire de la cinquième paire. — Cette communication est due à M. Isaac Hays, l'auteur des notes si intéressantes qui accompagnent l'édition américaine de l'ouvrage de M. Lawrence : *Treatise on the Diseases of the Eye*.

Obs. I. — Il s'agit d'un homme qui était atteint d'une photophobie tellement considérable, que l'entrée dans son appartement d'une servante portant un tablier blanc suffisait pour qu'il se trouvât mal. Il n'existait point d'inflammation, et tous les moyens employés étaient demeurés sans résultat. L'extraction d'une incisive, qui était douloureuse à la percus-

sion, et à la racine de laquelle existait un abcès considérable avec épaississement du périoste alvéolaire, fit cesser incontinent l'affection oculaire.

Obs. II. — Une dame a présenté un cas analogue au précédent. Les symptômes étaient les mêmes que ceux qui viennent d'être décrits. M. Hays soupçonna que l'irritation de la branche dentaire de la cinquième paire était la cause de la photophobie. La bouche de la malade fut explorée avec soin. Cinq dents cariées furent successivement extraites; au fond de l'alvéole des trois dernières, on trouva un abcès assez étendu. La suppuration en fut abondante pendant quelques jours. La photophobie disparut rapidement. Cette cure prompte fut obtenue sans autre adjonction que celles de lotions et fomentations froides appliquées sur les yeux.

Obs. III. — Une dame de l'Ouest de l'Amérique était sujette à de fréquentes inflammations oculaires. En juillet 1848, elle en fut atteinte de nouveau, mais cette fois avec plus de violence, et le mal se montra rebelle aux moyens ordinairement employés. On croyait le cas incurable. Lors de sa première visite, M. Hays ne put examiner l'œil qu'avec une excessive difficulté, à cause de l'intensité de la photophobie. Un examen ultérieur lui permit de constater un développement considérable de la conjonctive avec opacité vasculaire de la cornée. — Plusieurs dents étaient cariées. Les deux plus malades furent extraites sans qu'il en résultât aucune amélioration du côté des yeux. Dix jours plus tard, on enleva deux autres dents cariées. A dater de ce moment, la photophobie diminua graduellement. La conjonctive palpébrale fut touchée avec la teinture d'iode; un traitement convenable fut dirigé contre la vascularisation et l'opacité de la cornée. — Au bout de trois mois, la vision était rétablie au point que la malade pouvait lire les plus petits caractères d'impression. M. Hays ne l'a plus revue depuis cette époque.

L'auteur ajoute qu'il possède plusieurs faits analogues; il en tire la conséquence que la photophobie et les accidents qui compliquaient les affections dont il a exposé les principaux phénomènes, provenaient de l'irritation de la branche dentaire de la cinquième paire, irritation causée elle-même par la carie dentaire. Il fait ressortir l'inutilité de tous les traitements qui n'auraient pas été précédés de l'extraction des dents malades.

Les faits cités par M. Hays viennent à l'appui de ceux que M. le docteur Ch. Teirlink, de Gand, a consignés dans son remarquable *Essai sur les rapports pathologiques du système dentaire et de l'appareil visuel* (*Annales d'Oculistique*, vol. XIX, pp. 92, 146 et 193).

Photophobie scrofuleuse. — M. Hays regarde comme un moyen

souverain, dans la photophobie scrofuleuse, le séjour à l'air, et en particulier l'habitation sur les bords de la mer; très-fréquemment il a vu des enfants qui avaient été tenus pendant longtemps dans un appartement, sans pouvoir ouvrir les yeux, entr'ouvrir les paupières dès le premier jour de leur arrivée sur les côtes : la guérison y est en général très-rapide. Avis à ces praticiens qui tiennent bien soigneusement loin du contact de l'air et de la lumière leurs malades atteints d'ophthalmie scrofuleuse. J. Smits.

Journaux allemands.

Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien.

Du traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés. — L'auteur de ce mémoire, M. le docteur Aloïs Bednárz, médecin de l'hospice des Enfants Trouvés de Vienne, est grand partisan de la méthode de M. Chassaignac, qui se trouve décrite vol. XVIII, pp. 138 et 140 des *Annales d'Oculistique* (1); mais il s'est assuré que la douche agit comme un simple moyen d'élimination de la fausse membrane, et que le froid n'entre pour rien dans l'efficacité de la méthode; il a au contraire recours à la douche chaude (de 26 à 28 degrés R.), qui a, selon lui, les avantages suivants :

« 1° L'œil est nettoyé beaucoup plus promptement, l'eau chaude dissolvant plus aisément que l'eau froide, et faisant mieux disparaître la mucosité exsudée. Cette mucosité, coagulée par l'action de la chaleur, est entraînée sous forme d'une membrane grisâtre, si bien qu'en se servant d'eau chaude, il est plus ordinairement inutile d'enlever la couche d'exsudation.

» 2° L'eau chaude ne produit aucune douleur; il en résulte que les enfants sont beaucoup plus calmes. »

L'auteur s'est servi, pour les instillations, d'une solution de 2 à 10 grains de nitrate d'argent par once d'eau distillée, et la guérison a toujours été obtenue en très-peu de temps. Par cette méthode, qu'il a suivie pendant toute l'année 1848, les résultats ont été infiniment plus avantageux, et la durée du traitement a été moindre que pendant les années 1846 et 1847, lorsque l'ancienne méthode était employée.

D'après M. Bednárz, l'appréciation intime du processus morbide dans l'ophthalmie des nouveau-nés doit faire ranger cette maladie

(1) Voir également même volume, pp. 273 et 279.

parmi les exsudations croupales, et la faire considérer comme un produit d'un blanc jaunâtre ou d'un blanc grisâtre épais, coagulé sur la surface de la conjonctive, qui tombe en suppuration, et qui, de cette façon, peut amener la fonte des tissus qu'il recouvre.

L'examen microscopique a fourni les résultats suivants : Dans une exsudation qui avait pris la forme d'une membrane et qui adhérait intimement à la conjonctive, et sur laquelle on n'avait pas dirigé de courant d'eau, on a reconnu de la fibrine coagulée sous forme de strome, dans lequel on distinguait des globules de pus. Dans une couche d'exsudation détachée à la suite de la douche, on a trouvé un strome de fibrine, des cellules granulaires avec un à trois granules, de gros granules sans enveloppe, et des cellules d'épithélium. Après l'action du nitrate d'argent à 2 grains par once d'eau, on a trouvé une membrane diversement plissée, consistant en fibrine et en cellules d'exsudation ; lorsque la membrane était ramollie, les globules de pus subsistaient seuls.

M. Bednárz résume comme suit les avantages de la méthode de traitement qu'il met en usage :

« 1° Souvent, une seule douche et quelques gouttes de nitrate d'argent suffisent pour *couper* l'ophthalmie à son début.

» 2° Lorsque l'ophthalmie n'attaque d'abord qu'un seul œil, pour la plupart du temps l'autre est épargné.

» 3° Tous les cas ont été traités par cette méthode, sans tenir compte de leur durée ; la guérison a été sûrement et promptement obtenue ; toujours les yeux ont été préservés.

» 4° Par ce moyen, on évite l'influence fâcheuse que la longue durée et l'intensité de l'ophthalmie peuvent exercer sur l'organisation si frêle des nouveau-nés. »

M. Bednárz a trouvé cette méthode également efficace dans l'ophthalmo-blennorrhée des adultes, et il est d'avis qu'on pourra y recourir avec un grand avantage dans les autres formes d'ophthalmie.

F. Binard.

Statistique de l'ophthalmie des nouveau-nés à l'hospice des Enfants Trouvés de Vienne. — M. Haller consacre quelques lignes à cette statistique. Le nombre des Enfants Trouvés atteints d'ophthalmie pendant l'année 1848 s'est élevé à 332 ; 275 ont été guéris complétement et rapidement ; 33 sont morts des suites d'autres maladies pendant le cours de l'ophthalmie ; 23 présentaient de légères taches des cornées au moment où ils ont été envoyés en nourrice ; un seul a perdu un œil ; l'organe était fondu avant que le traitement ait pu être institué. — Ces 332 ophthal-

miques ont été soignés par M. Bednárz. — Il eût été curieux de mettre en rapport le nombre des cas d'ophthalmie avec le nombre des nouveau-nés admis dans l'établissement. M. Haller se tait absolument à ce sujet. — *n* —.

Statistique des maladies observées dans le service ophthalmologique de l'hôpital général de Vienne pendant l'année 1848. — Cette statistique fait partie, comme la précédente, d'un rapport de M. le docteur Charles Haller sur les maladies observées pendant l'année 1848 dans les divers services (*Anstalten*) de l'hôpital général de Vienne. — Le nombre des ophthalmiques traités en 1848 s'est élevé, d'après le tableau fourni par M. Haller, à 728 (467 hommes, 261 femmes). 436 (289 h., 147 f.) sont sortis *guéris;* 152 (84 h., 68 f.) *améliorés;* 59 (36 h., 23 f.) *non guéris;* 11 (8 h., 3 f.) sont *morts;* 70 (50 h., 20 f.) devaient donc rester en traitement le 1er janvier 1849. — Sous le rapport des *formes des maladies* et des résultats obtenus, les 728 ophthalmiques sont ainsi divisés, toujours d'après le tableau :

Inflammations : 443 (267 h., 176 f). — *Guéris,* 344 (226 h., 118 f.); *améliorés,* 83 (38 h., 45 f.); *non guéris,* 7 (6 h., 1 f.); *morts,* 2 (2 h.)

Cataractes: 139 (103 h., 36 f.). — *Guéris,* 62 (41 h., 21 f.); *améliorés,* 27 (16 h., 11 f.); *non guéris,* 12 (9 h., 3 f.); *mort,* 1 (1 h.).

Amauroses: 27 (20 h., 7 f.). — *Guéris,* 6 (4 h., 2 f.); *améliorés,* 14 (9 h., 5 f.); *non guéris,* 5 (3 h., 2 f.); *mort,* 1 (1 f.).

Névroses: 14 (10 h., 4 f.); — *Guéris,* 1 (1 f.); *améliorés,* 4 (2 h., 2 f.); *non guéris,* 1 (1 f.).

Métamorphoses : 72 (38 h., 34 f.). — *Guéris,* 6 (2 h., 4 f.); *améliorés,* 16 (11 h., 5 f.); *non guéris,* 34 (18 h., 16 f.); *morts,* 3 (1 h., 2 f.).

Dégénérescences : 3 (2 h., 1 f.). — *Morts,* 2.

Blessures : 30 (27 h., 3 f.). — *Guéris,* 17 (16 h., 1 f.); *améliorés,* 8 (8 h.); *morts,* 2 (1 h., 1 f.).

Il est bien fâcheux que M. Haller ne soit entré dans aucun détail au sujet de ces nombreux malades, qu'il ne nous ait pas dit, par exemple, la nature des inflammations, métamorphoses, dégénérescences, ni quelles ont été les cataractes, amauroses et névroses qui se sont présentées. — Nous devons ajouter que ses données sont loin d'être toujours exactes; ainsi, sur 267 inflammations chez des hommes, il accuse 226 guérisons, 38 améliorations, 6 non-guérisons, 2 morts, ce qui fournit un total de 272 cas au lieu de 267; sur 7 femmes amaurotiques 2 ont été guéries, 3 améliorées, 2 non guéries, 1 est morte : additionnez et vous aurez 10. — *n* —.

Relevé des opérations pratiquées en 1848 dans le service ophthalmologique de l'hôpital général de Vienne. — Cette sta-

tistique fait également partie du rapport de M. Haller; mais elle est due à M. le docteur Stellwagg, chirurgien en second attaché au service des maladies des yeux. Elle comprend un tableau indiquant les opérations et leurs résultats; voici ce tableau qui renfermait une erreur de chiffres que nous avons pu faire disparaître :

INDICATION DES OPÉRATIONS.	Hommes.	Femmes.	Total.	RÉSULTAT Heureux.	RÉSULTAT Fâcheux.	OBSERVATIONS.
Extraction de la cataracte. .	26	13	39	30	9	Dans un cas il se manifesta chez un homme une violente inflammation. L'iris et la choroïde devinrent le siége d'exsudations; l'amaurose en fut la suite. — Chez trois hommes et deux femmes, il se développa une ophthalmoblennorrhée avec suppuration consécutive de la cornée.—Chez un homme il y eut hémophthalmie et par suite atrophie.— Chez un homme l'iritis amena l'occlusion pupillaire. — Un homme mourut de pneumonie.—Trois fois l'extraction a été faite après que la discission avait eu lieu.
Discission de la cataracte par la sclérotique.	14	10	24	18	6	Chez un malade l'absorption marcha lentement et cessa enfin de se faire; on eut alors recours à l'extraction.—Deux fois un fragment cristallinien assez volumineux passa dans la chambre antérieure et s'y absorba.—Chez deux hommes et une femme survint l'occlusion pupillaire.—Chez deux hommes et deux femmes la discission fut pratiquée après que la dépression avait déjà eu lieu.
Discission de la cataracte par la cornée. .	4	2	6	6	»	Chez trois malades cette opération eut lieu après la dépression non-réussie.
Dépression de la cataracte par la sclérotique.	19	14	33	24	9	Chez deux hommes l'occlusion pupillaire survint.—Chez quatre hommes et trois femmes le cataracte remonta et la discission dut avoir lieu.
Dépression de la cataracte par la cornée. .	1	»	1	1	»	
Iridectomédialyse	1	2	3	2	1	Cette opération fut suivie chez un homme d'iritis et enfin d'atrophie.
Ablation de staphylôme . .	3	1	4	4	»	
Extirpation de chalaze. . .	2	»	2	2	»	
Opération de trichiasis. . .	1	»	1	1	»	
— de strabisme . .	1	»	1	1	»	
Ablation de ptérygion. . .	2	»	2	2	»	
Extraction d'un fragment de capsule fulminante . . .	1	»	1	»	1	Un fragment de capsule fulminante, long de deux lignes, large d'une ligne, s'était fixé dans la sclérotique, chez un garde national; le corps ciliaire avait été traversé. L'extraction eut lieu et fut suivie d'une ophthalmite qui amena l'atrophie de l'œil.
Ouverture du sac lacrymal .	»	2	2	2	»	Cette opération, pratiquée dans le but d'amener l'affaissement de la cornée, dans deux cas d'hyperkératose, est demeurée sans résultat.
Ponction de la cornée . . .	2	»	2	»	2	
Totaux généraux. .	77	44	121	93	28	

— » —.

Altération anatomique dans l'amaurose. — Le docteur Louis Türck a soumis à un examen attentif trois individus morts, dans le cours de quelques mois, des suites de l'amaurose, affection pour laquelle ils avaient été reçus dans son service à l'hôpital général de Vienne; il a rencontré, en général, une seule et même lésion anatomique : elle avait son siége dans la commissure des nerfs optiques. Voici ce qu'il en dit :

« Ces trois malades étaient âgés de dix-huit à vingt-quatre ans; tous étaient d'une faible constitution. L'un d'eux, garçon boulanger, attribuait sa maladie à l'action trop vive de la lumière du four allumé, à laquelle il était resté exposé durant la dernière quinzaine, pendant beaucoup plus de temps et beaucoup plus fréquemment qu'il ne le faisait ordinairement.

» L'amaurose, qui était chez tous plus ou moins complète (chez un malade, elle avait amené la perte totale de la vision), avait débuté par une diplopie qui s'était développée dans l'espace de huit à dix jours; l'affection amaurotique s'était alors manifestée progressivement chez deux; chez l'autre, l'augmentation du mal avait eu lieu tout à coup, pendant la nuit. Chez tous, il existait de notables fluctuations dans l'état de la vue.

» Dans l'amaurose très-prononcée et permanente, la pupille était, pour la plupart du temps, dilatée; dans les deux autres cas, cette ouverture était anguleuse aux deux yeux. On notait fréquemment, en fixant durant quelques minutes l'œil exposé à la lumière, des alternatives de dilatation et de rétrécissement de la pupille; il ne se produisait aucun changement lorsque l'on faisait alterner la lumière et l'obscurité. La motilité de l'iris n'était donc pas abolie; à cause de la paralysie des nerfs optiques, l'excitation de la lumière n'était pas communiquée de la rétine à l'organe central des nerfs moteurs de l'iris. Lors de l'amélioration passagère de la vision, la pupille redevenait de nouveau sensible à l'action de la lumière.

» Les mouvements du globe et des paupières étaient tout à fait normaux.

» Le garçon boulanger a accusé de la douleur dans les yeux; cette douleur se produisait lors de l'exposition de ces organes à la lumière et à la chaleur très-vives du four. Un autre en ressentait, lorsqu'il portait ses yeux fortement en haut. Chez tous, il y avait céphalalgie, et il est survenu des vomissements. Dans deux cas où il existait en même temps une affection chronique du cerveau, ces symptômes n'ont pas une valeur spéciale quant à l'altération de la commissure; on ne peut cependant la contester dans le troisième cas, où ils ont été notés, et où la mort est survenue plus tard à la suite d'une myélite.

» A l'inspection, la commissure des nerfs optiques ne présentait exté-

rieurement rien d'anormal, si ce n'est une légère tuméfaction et quelques points brillants, un peu pâles, qu'on remarquait un peu plus loin sur les surfaces incisées des nerfs optiques. En la divisant, je l'ai trouvée infiltrée d'un liquide en partie séreux et en partie gélatineux; son tissu était considérablement tuméfié, et, par places, d'un aspect blanchâtre. Sous le microscope on voyait, tant dans la partie liquide de l'exsudat, qu'à la partie interne de la portion nerveuse qui était presque méconnaissable en quelques endroits, et conservait en d'autres son organisation, une grande quantité de corpuscules granulaires (*cellules granulaires*) et des granules élémentaires tout à fait semblables à ceux qu'on rencontre dans l'inflammation du cerveau ou dans celle de la moelle épinière. La commissure des nerfs optiques était donc, dans ces cas, le siége d'une inflammation ou tout au moins d'un processus exsudatif de date récente.

» Les altérations qui viennent d'être indiquées s'étendaient jusqu'à l'origine des nerfs optiques, dans une longueur de trois à quatre lignes. En dehors des limites spécifiées, il ne se rencontrait aucun changement morbide ni dans les nerfs optiques, ni dans la rétine et les autres tissus du globe; il en était de même dans les couches optiques, dans les tubercules quadrijumeaux, le *tuber cinereum*. Il n'existait pas de méningite de la base s'étendant jusque dans la commissure; la base du cerveau était dans son état normal. L'amaurose dépendait par conséquent *d'un processus inflammatoire spécial*, ou *d'un processus exsudatif exactement limité à la commissure des nerfs optiques* (1).

» Dans les trois cas, ce processus était combiné avec d'autres maladies de l'organe central du système nerveux. Une fois, une affection de la moelle épinière était survenue postérieurement à l'amaurose; chez un second, une hydrocéphale chronique préexistait et il était survenu tout récemment une atteinte d'apoplexie; chez le troisième, il y avait une désorganisation cancéreuse ancienne du cerveau avec hydrocéphale consécutive.

» Dans les deux derniers cas, la dépression et l'aplatissement des circonvolutions, de même qu'une usure assez étendue et pénétrant assez profondément dans la paroi du crâne, dénotaient que le cerveau avait été comprimé. D'après l'opinion admise jusqu'à ce jour, la compression suffit pour expliquer l'amaurose, surtout lorsque, comme cela avait lieu dans le second fait, la couche optique gauche et la partie gauche des tubercules quadrijumeaux sont comprimés en avant et à droite par un foyer apoplectique enkysté situé dans le lobe gauche; mais la marche de la maladie chez deux des trois sujets, et l'examen cadavérique montrent que la compression a existé pendant un certain temps sans donner naissance

(1) Peut-être aussi d'une affection de la glande pituitaire, qui n'a pu être examinée. (*Note de l'auteur.*)

à l'amaurose; celle-ci n'a commencé à se déclarer que lors de l'affection de la commissure. Dans ces cas, comme dans quelques autres que j'ai eu l'occasion d'observer, la compression du cerveau n'a pas déterminé l'amaurose. » F. B.

OEsterreichische medicinische Wochenschrift.

Fistule lacryma le.— D'après M. Jos. Mestenhauser, chirurgien à Raase, en Silésie, la fistule serait toujours due, dans le jeune âge, au vice scrofuleux; dans l'âge avancé, à la syphilis. Cela est un peu *absolu,* dira-t-on sans doute. Pour obtenir la guérison, il ne faut pas seulement combattre la dyscrasie qui a occasionné le mal, il faut encore : 1° guérir la tuméfaction et les granulations de la muqueuse et dilater le canal nasal, c'est-à-dire rétablir le cours normal des larmes; 2° entretenir ce cours par des moyens artificiels; et 3° fermer la fistule.

La première indication exige l'emploi simultané de moyens médicaux et mécaniques. Le sac ne s'est-il pas ouvert spontanément, l'auteur l'ouvre par l'instrument et a recours alors aux injections, aux cordes de boyau, aux fils de soie, ou au clou de plomb, maintenus dans le canal. Ces moyens sont fréquemment couronnés de succès, dit-il, lorsque leur emploi ne fatigue pas le malade et le chirurgien.

Pour remplir la seconde indication, M. Mestenhauser emploie la canule de Dupuytren; il recommande de faire confectionner cette canule avec de l'or pur et de lui faire donner la forme du canal nasal, et l'épaisseur d'une plume de corbeau; elle doit être longue de 12 lignes pour les adultes, de 10 à 11 lignes pour les enfants.

Pour ce qui est de la troisième indication, l'auteur y pourvoit par la cautérisation pratiquée tous les quatre jours, et en plaçant sur l'ouverture fistuleuse un morceau d'emplâtre anglais. — *n* —.

Journal für Chirurgie und Augenheilkunde.

De la diplopie et de son traitement. — Ce titre est assez mal choisi; il ne s'agit, en effet, que de la paralysie de la sixième paire; le traitement vanté par l'auteur, M. Hille, de Dresde, consiste dans la cautérisation selon la méthode qui a été exposée dans ces *Annales* (t. XXII, p. 186; t. XXIII. p. 147), par notre collaborateur, M. le docteur Charles Deval, de Paris. Voici, en résumé, les faits, au nombre de deux, rapportés par M. Hille :

Obs. I. — Tailleur de 28 ans, atteint de diplopie. Caustique au-dessus du sourcil droit. Pas d'amélioration. Il entre le 27 octobre 1847 à l'hôpital ; il se plaint surtout de diplopie. Inflammation rhumatismale chronique de l'œil droit. Pas d'autres complications. Un traitement abirritant et diaphorétique guérit l'ophthalmie; mais la diplopie persiste avec un léger strabisme convergent de l'œil droit. Cautérisation avec la pierre infernale sur le trajet du muscle droit externe. Guérison rapide.

Obs. II. — Fille de 15 ans, atteinte de « cardialgie veineuse ». Diplopie avec strabisme convergent « passif ». Le globe de l'œil étant dirigé en dedans et en haut, la cautérisation a été portée entre les muscles droit interne et droit inférieur. Guérison après trois semaines. — *n* —.

Medicinische Zeitung von dem Verein für Heilkunde in Preussen.

Pupille double spontanée. — Ce fait est rapporté par le docteur de Lew, fils, qui l'a observé sur l'œil gauche d'un homme de 38 ans. — Une ophthalmie catarrho-rhumatismale avait déterminé deux ans auparavant un albugo avec synéchie antérieure, de telle sorte que la pupille avait pris une forme elliptique et s'étendait jusqu'au bord de la cornée. — Une nouvelle ophthalmie détermina une ulcération centrale de la cornée avec hernie de l'iris qui se trouva fortement tiraillé et qui se décolla au bord ciliaire supérieur; il en résulta une deuxième pupille, placée au-dessus de la première, dont elle n'était séparée que par une languette étroite et par la cicatrice de la cornée. — Les deux pupilles étaient mobiles et se dilataient sous l'influence de la belladone. La vision était à peine embarrassée et demeura simple et distincte ; seulement tous les objets rapprochés ou placés à une certaine distance paraissaient au malade comme couverts d'une couche noire. — *n* —.

Journaux norwégiens.

Norsk Magazin for Laegevidenskaben.

Ophthalmie des nouveau-nés. — M. Faye s'occupe de cette affection dans son compte-rendu de la Maternité de Christiania, pour l'année 1847 (*N. Mag.*, 1848 n° 6). — Sur 207 nouveau-nés, 22 ont été atteints d'ophthalmie ; la plupart avaient pour mères des filles publiques. — La maladie a surtout été observée lorsque les chambres étaient encombrées et que l'air y était par conséquent

vicié, ou bien à la suite de l'usage en commun des éponges, compresses, essuie-mains, etc. — Le traitement a consisté en instillations fréquentes d'eau tiède avec un peu de laudanum, et une fois par jour d'une solution de gr j nitrate d'argent sur ʒj d'eau distillée, en onctions autour des yeux avec l'onguent napolitain et l'extrait d'opium, et en frictions derrière les oreilles avec l'huile de croton mélangée à l'huile d'olives. — Lorsque la conjonctive était fortement tuméfiée, et que la sécrétion était abondante et puriforme, le calomel en poudre a été introduit avec le meilleur succès entre les paupières; lorsque la sécrétion diminuait, il était fait usage d'une solution de sulfate de zinc ou de sous-acétate de plomb; dans les cas les plus aigus, une goutte de laudanum a été instillée chaque jour entre les paupières. — Les applications froides n'ont été employées que lorsqu'il existait une forte tuméfaction des paupières.

Asthénopie. — M. le docteur Voss cite, dans son exposé de la clinique chirurgicale de l'hôpital d'État, à Christiania, pendant le second semestre de 1847, deux cas d'asthénopie observés l'un chez un homme robuste, âgé de 28 ans, l'autre chez une fille de 18 ans. Il n'existait aucune altération organique appréciable; les objets éloignés et volumineux étaient distingués très-nettement et très-distinctement; les objets rapprochés et petits ne pouvaient être reconnus qu'après une application de quelques instants. Après un moment de repos, la vue redevenait de nouveau ce qu'elle était avant l'exercice. — L'homme assignait pour cause à sa maladie d'avoir fixé les yeux sur une voile par un fort soleil; la fille avait souffert du typhus et s'était occupée depuis lors de travaux avec des perles très-fines. Divers moyens furent employés : vésicatoires volants autour des yeux, strychnine administrée par voie endermique, tanin, moxas, sangsues. Les vésicatoires produisirent le plus de soulagement. Les deux malades quittèrent l'établissement sans que leur état fût le moins du monde amélioré. — L'emploi rationnel de verres convexes eût bien certainement amené la guérison de la maladie. M. Voss n'a pas même songé à y recourir.

— *n* —.

Journaux hollandais.

Nederlandsch Lancet.

Paralysie soudaine du nerf oculo-moteur de l'œil gauche terminée par la guérison. — Ce fait se trouve consigné dans le numéro de janvier 1851 du journal hollandais. Recueillie par M. le professeur Donders (d'Utrecht) dont le talent d'observation et les vastes connaissances sont connues et appréciées par les lecteurs des *Annales d'Oculistique*, elle nous a semblé digne sous tous les rapports d'y être reproduite par analyse.

Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans, affecté de chromatopseudopsie depuis son enfance. A l'âge de dix-neuf ans, il a été atteint d'une violente ophthalmie à la suite de laquelle sa vue est restée un peu affaiblie ; de 18 à 24 ans, il a été plusieurs fois en proie à des affections vénériennes. — A peine revenu des régions tropicales où il a séjourné pendant dix ans, il perd progressivement, et sans cause connue, l'usage des membres inférieurs avec incontinence de l'urine et des matières fécales ; cependant il en est guéri par l'usage prolongé des martiaux et de l'iodure de potassium.

Le 12 mars 1850, après avoir éprouvé pendant quelques jours de la pesanteur de tête avec oppression de poitrine et une grande lassitude, il s'aperçoit en s'éveillant de l'impossibilité de soulever la paupière supérieure gauche ; le globe de l'œil est tiré en dehors ; la paupière est œdématiée et pendante, ses vaisseaux congestés. Par de grands efforts de soulèvement, le malade parvient à donner à la fente palpébrale un écartement d'un millimètre ; l'orbiculaire a conservé toute son activité. — Quand le malade regarde fortement à droite, la cornée gauche se rapproche du centre de la fente, mais l'axe visuel conserve une direction en dehors d'environ 10 degrés. Les mouvements en haut de cet axe sont tout à fait nuls, ceux en bas sont sensibles alors seulement que la vue a été d'abord fortement portée en avant ; mais la direction de quelques petits vaisseaux de la conjonctive et des tachetures de l'iris font connaitre que par là même le méridien vertical prend une plus forte inclinaison en dedans. La largeur de la pupille gauche excède d'un quart celle de la droite ; elle est complétement immobile, et l'œil gauche n'a rien perdu de sa puissance visuelle ; lorsqu'il est seul ouvert, il perçoit très-bien les objets ; cependant il semble que son pouvoir d'accommodation est diminué. — Pen-

dant les épreuves pour constater ces faits, le malade doit se cramponner fortement à une table à cause des étourdissements qu'il ressent dès qu'on ouvre soit l'œil dévié, soit surtout les deux yeux. Il est fort découragé et abattu. Les battements du cœur sont énergiques et accélérés : le pouls dur. Il existe de la pesanteur de tête s'accroissant par les mouvements d'abaissement. La poitrine est oppressée ; l'appétit nul ; le ventre paresseux.

On diagnostique : Paralysie de toutes les branches du nerf oculo-moteur gauche due très-probablement à un épanchement cérébral circonscrit.

On prescrivit une saignée, du bras de 12 onces, qu'on répéta quelques jours après, 14 ventouses scarifiées à la nuque et des purgatifs ; une diète sévère, et pour boisson de l'eau froide en abondance.

Immédiatement après les saignées, il se manifesta quelque amélioration dans l'état général ; mais quoiqu'on eût persisté dans la même médication, il ne s'en était opéré encore aucune au bout de six semaines dans les symptômes paralytiques de l'œil. C'est alors qu'on passa aux frictions stimulantes, aux vésicatoires sur le front et aux tempes, aux fontanelles à la nuque, et qu'on accorda une alimentation plus nutritive. — Par l'emploi persévérant de ces moyens, l'œil gauche revint progressivement à son état normal, la pupille se rétrécit et recouvra sa sensibilité, la diplopie disparut, et au bout de trois mois le malade put se considérer comme guéri ; cependant la pupille à gauche est restée plus dilatée et moins sensible que la droite.

Nous regrettons de ne pouvoir reproduire les considérations anatomiques et physiologiques pleines d'intérêt par lesquelles l'auteur justifie son diagnostic et son traitement, et aussi les explications qu'il donne des phénomènes avec lesquels la maladie a débuté, a marché, et s'est terminée. — Nous connaissons jusqu'ici peu de médecins pour aborder les questions physiologiques les plus ardues avec plus de hardiesse et les résoudre avec plus de bonheur que M. le professeur Donders.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Die granulöse Ophthalmie, oder die sogenannte egyptische Augenentzündung, von EMANUEL SEIDL, Doctor der Medizin und Chirurgie, Stadt-Armen-Augenarzte und gew. Chefarzte der Augenabtheilung im Wiener k. k. Garnisons-Hauptspitale. — Wien, 1850, 8° pp. XI-40, Verlag von Franz Leo.

Le premier chapitre, consacré à la description de la conjonctive considérée sous le point de vue anatomo-physiologique, est très-écourté et ne contient absolument rien de nouveau. L'élément granuleux de la conjonctive étant le symptôme le plus constant de l'affection, l'auteur pense que la dénomination qui lui convient le mieux est celle d'*ophthalmie granuleuse*. En effet, selon lui, la maladie n'est pas d'origine égyptienne, elle ne règne pas exclusivement dans les armées, elle ne *donne pas lieu constamment, dans toutes les circonstances, à un contagium;* d'où il conclut qu'il n'est pas rationnel de l'appeler *ophthalmia aegyptiaca, contagiosa, catarrhalis, bellica, conjunctivitis bellica* v. *contagiosa*.

Le chapitre consacré à *l'histoire de la maladie* ne renferme rien qui ne soit connu : le sujet n'y est qu'effleuré; les lecteurs des *Annales,* qui ont lu, sans doute avec beaucoup d'intérêt, les différents articles dus à la plume infatigable de notre savant collègue, M. le médecin de régiment De Condé, n'ont absolument rien à apprendre de faits qu'ils connaissent déjà depuis longtemps et qui sont d'ailleurs exposés d'une manière incomplète.

Symptomatologie. Le *processus granuleux* présente dans sa marche les trois stades suivants :

1° Le *stade congestif;*

2° Le *stade de la stase inflammatoire* et de l'*exsudation*.

3° Le *stade de la métamorphose qu'éprouve le liquide exsudé.*

L'auteur indique dans le stade congestif des symptômes d'hypérémie qu'on ne rencontre pas toujours dans le premier degré du mal; il ne nous semble pas avoir bien observé cet état, qui est pour nous l'indice du développement futur de l'ophthalmie, état dans lequel les granulations sont vésiculeuses et ne sont point encore accompagnées d'altération notable de la conjonctive en dehors des points où elles apparaissent. Comme on le sait, d'ailleurs, il n'existe bien souvent alors pas de phénomènes subjectifs assez importants pour éveiller l'attention du malade, qui est très-surpris quand on lui fait connaître que ses yeux ne sont plus dans leur état normal.

Ceci a cependant une grande valeur, car les granulations, dans cet état de simplicité, peuvent disparaître facilement et complétement en peu de temps, sous l'influence de modificateurs qui restent impuissants dans la forme granuleuse plus avancée.

Les phénomènes qui se manifestent lors du passage de l'affection granuleuse au *stade d'exsudation* sont bien décrits; mais cette description est celle qu'on retrouve dans la plupart des ouvrages qui ont été publiés sur l'ophthalmie militaire, il y a déjà longtemps. D'après l'auteur, le liquide sécrété, examiné au microscope, est formé d'un fluide transparent, de mucus qui est coagulé par l'acide acétique; il renferme en outre des cellules d'épithélium et quelques cellules de pus (*Eiterzellen*).

Du stade de la métamorphose du liquide exsudé. — Les élévations qui ont été décrites dans le stade précédent se montrent ici sous la forme de granules durs, écrasés, aplatis, larges ou pédiculés, qui ressemblent à des œufs de poisson, ont l'aspect du chou-fleur, de la mûre, sont insensibles et saignent souvent quand on les touche. Les petites granulations dures se rencontrent le plus souvent au bord tarsal de la conjonctive; les granulations molles, au contraire, prennent une plus grande extension, se répandent sur toute la membrane, dans la partie voisine des plis, et là où le tissu cellulaire sous-muqueux se continue avec celui de l'orbite, elles atteignent un volume très-considérable. Sous le microscope, ces granulations laissent apercevoir des cellules agrandies et caudées, présentant des fibres distinctes qui reposent sur des vaisseaux capillaires nombreux, la plupart gonflés de sang, ou sur leurs branches qui sont plusieurs fois entrelacées et comme pelotonnées. La quantité du liquide sécrété, qui est d'un blanc jaunâtre et assez fluide, est en rapport avec le développement, le volume et le nombre des granulations. La cause la plus prochaine de ce phénomène git purement et simplement dans la métamorphose organique de la conjonctive.

Les quelques mots consacrés à la *durée et à la marche de la maladie* n'offrent rien d'intéressant ni de nouveau; nous en dirons autant des paragraphes où il est question des *complications* et des *suites* de l'ophthalmie granuleuse.

En traitant des *analogies* et des *différences*, l'auteur avance que la maladie granuleuse dont il est ici question présente la plus grande analogie avec les différentes espèces de blennorrhées, et en particulier avec la gonorrhoïque et celle des nouveau-nés, sous

le rapport du développement purulent et sanieux du liquide qui forme l'exsudat ; mais que, si on considère que le processus blennorrhoïque donne toujours lieu à un processus de suppuration et se caractérise ainsi par la formation du sérum du pus dans le premier stade et par celle des globules purulents dans le second, qu'il parcourt d'ailleurs une marche uniforme, développe constamment un contagium, on aura par là des symptômes suffisants pour le distinguer du processus granulaire qui ne passe à la suppuration que dans certaines circonstances déterminées, se montre toujours irrégulier dans sa marche, ne se transforme que rarement en un processus parenchymateux qui, même dans le principe, constitue la blennorrhée.

J'ai cité ce passage en entier, parce qu'il a été question dernièrement du diagnostic différentiel de l'ophthalmie militaire et de l'ophthalmie gonorrhoïque : nous ne croyons pas cependant que les remarques de l'auteur, bien qu'ayant une valeur incontestable, puissent suffire pour établir constamment ce diagnostic qui sera toujours, selon nous, sinon impossible, au moins fort difficile et fort hasardeux dans certains cas.

Le chapitre consacré au *diagnostic* n'est que l'exposition nouvelle de la marche des granulations dans les trois stades indiqués plus haut ; des phénomènes subjectifs plus ou moins importants viennent s'y joindre, selon l'intensité et la rapidité du processus granuleux, surtout quand il passe à la suppuration et qu'il peut alors si facilement amener la désorganisation de l'organe de la vue. Ce sont là d'ailleurs des faits parfaitement connus depuis longtemps.

Le chapitre le plus important de l'ouvrage est celui qui est consacré à l'*étude des causes ;* l'auteur s'est efforcé de les élucider en les rapportant aux six chefs suivants que nous allons passer en revue.

1. *Sous l'influence de quelles conditions le processus morbide se développe-t-il sporadiquement ?*

L'auteur fait ici intervenir une foule de causes prédisposantes et excitantes, dont l'action, selon lui, se porte sur la conjonctive qui devient ainsi facilement le siége de l'affection, surtout quand un état dyscrasique du sang existe en même temps, comme on le rencontre souvent dans les basses classes où les ophthalmies sont si fréquentes. Il fait aussi appel aux influences cosmiques et telluriques, aux changements brusques de température, à l'abaisse-

ment du baromètre, à l'état électrique de l'air, pour expliquer l'action médiate de certaines influences dans la production du mal.

Viennent ensuite l'habitation, l'habillement, la nourriture, le défaut de propreté du corps, toutes choses qui sont réunies d'une manière assez bizarre pour expliquer le développement des *granulations palpébrales;* aussi n'avons-nous été que très-médiocrement satisfait de la solution de la première question. Toutes les causes indiquées ici peuvent très-bien, on le comprend facilement, donner lieu à des ophthalmies, comme cela se voit communément; mais nous ne voyons pas pourquoi elles donneraient lieu de préférence à l'affection granuleuse des yeux.

2° *Quelles sont les causes qui déterminent et favorisent l'extension endémique et épidémique de ce processus morbide?*

C'est encore ici au climat, aux époques différentes de l'année, au sol, à la position spéciale de certaines contrées, telles que des vallées basses et étroites, etc., que l'auteur a recours pour expliquer l'extension et la permanence de l'affection granuleuse. Nous ne voyons là rien de spécial qui puisse le moins du moins rendre compte de l'apparition de l'ophthalmie granuleuse sous forme épidémique, pas plus d'ailleurs que de toute autre épidémie qui l'aurait précédée ou suivie. Quant à la forme endémique, limitée souvent à un pays, à une ville, à une caserne, on ne peut pas l'expliquer de cette manière avec plus de raison, car ce qui se passe avec les maladies réellement endémiques n'offre aucune analogie avec ce que nous rencontrons dans l'ophthalmie granuleuse qui attaque si souvent et de préférence nos soldats ou les personnes qui ont été plus ou moins en relation avec eux.

3° *Quels sont les rapports sous lesquels se développe le contagium, et quelles sont ses propriétés?*

D'après les observations qu'il a eu l'occasion de faire, l'auteur admet que le contagium ne se développe que pendant l'état aigu, lors du stade de la suppuration, et qu'il n'est alors réellement actif que par le *contact immédiat.* Cependant, dans quelques circonstances données, il peut se volatiliser; car, dans la première hypothèse, on est dans l'impossibilité d'expliquer d'une manière convenable la promptitude avec laquelle le mal peut s'étendre dans un certain cercle. Le fluide sécrété par la muqueuse forme le véhicule du contagium. Ce dernier peut être neutralisé par l'action de certains agents : le chlorure de chaux, le nitrate d'argent.

On peut très-bien se demander si le docteur Seidl est fondé à

avancer, comme il le fait, que le contagium ne se développe que pendant le stade de la suppuration : s'il en était ainsi, en effet, l'ophthalmie granuleuse ne serait susceptible de se transmettre par contagion que pendant cette période : or, serait-il possible alors qu'un médecin militaire qui vit journellement avec les soldats, qui sait avec quel soin on éloigne des rangs les hommes qui présentent les moindres germes d'ophthalmie, admît la contagiosité du mal, qui est cependant incontestable pour le très-grand nombre des granulés? Quant à la contagion à distance, ce fait nous paraît aujourd'hui généralement admis; c'est pourquoi nous n'y insisterons pas. Nous ferons observer, en passant, qu'il y a déjà bien longtemps que M. le docteur De Condé a fait des recherches très-curieuses sur les agents susceptibles de neutraliser le contagium ophthalmique : ces recherches, comme on sait, ont été publiées autrefois dans les *Annales d'Oculistique.*

4° *Quelle est la cause de la fréquence de cette affection parmi les militaires?*

Les conditions qui, avec les causes énoncées plus haut, rendent surtout le soldat plus apte que tout autre individu à contracter l'ophthalmie militaire, existent dans les habitations insalubres, malsaines, humides, qui lui sont destinées; dans un mode d'habillement antihygiénique, dans la négligence des soins de propreté, dans les diverses positions si nuisibles à la santé auxquelles il est exposé pour son service, pendant les chaleurs de l'été, les températures froides et humides, les gardes, les veilles.

Il n'y a là, comme on le voit, rien de bien nouveau, ni surtout qui ait une valeur réelle pour donner la solution d'un problème qui, si on n'admet pas la contagion comme moyen permanent de transmission du mal, reste toujours environné de beaucoup de vague; car on peut objecter que les conditions indiquées plus haut sont communes à toutes les armées et que cependant plusieurs, et l'armée française en particulier, ne sont pas en proie à l'ophthalmie granuleuse.

5° *De quelle influence a été le retour de l'armée française et de l'armée anglaise sur le développement ultérieur de la maladie en Europe?*

D'après tout ce qui a été dit, dans la partie historique surtout, l'auteur se croit en droit de conclure que le développement de l'affection a eu lieu dans l'armée anglaise et dans l'armée française, pendant leur séjour en Égypte, d'une manière primitive et sous une forme endémique; que d'ailleurs, après leur retour en Europe, ces armées

ont bien pu propager le mal dans certaines localités, mais qu'elles n'ont pas été absolument le principe de l'apparition de la maladie.

Comme nous nous sommes déjà expliqué sur les *preuves historiques* de l'auteur, nous ne pensons pas devoir insister de nouveau sur cet objet.

6° *Pourquoi la maladie s'est-elle développée dans ces derniers temps dans l'armée autrichienne, et comment expliquer ce fait?*

Parmi quelques faits de peu de valeur, selon moi, que le docteur Seidl invoque pour répondre à cette question, il est une explication qui nous a paru singulière et tout à fait en opposition avec ce qu'il a avancé antérieurement sur l'influence de certaines causes générales comme favorisant l'évolution du mal. « Pendant la durée de la guerre, dit-il, l'affection n'a point éclaté d'une manière immédiate dans l'armée, malgré les conditions défavorables dans lesquelles elle s'est trouvée alors, parce que le choléra, le typhus, les diarrhées et les dyssenteries qui sont *dans un rapport d'antagonisme avec l'ophthalmie militaire,* y régnaient alors. » Nous pensons qu'on peut donner à ce fait une tout autre explication que celle de l'auteur, sans qu'il soit besoin d'invoquer une loi d'antagonisme qu'il ne s'est nullement donné la peine de prouver. C'est pour nous, en effet, à l'état de *dissémination* des troupes pendant qu'elles étaient en campagne que l'on doit attribuer ce fait, comme nous l'avons déjà fait observer ailleurs.

Le chapitre consacré aux moyens prophylactiques n'est pas complet : on s'aperçoit bientôt que l'auteur ne connaît pas l'exposé si complet et si remarquable que M. le docteur Cunier a fait de l'ophthalmie dite militaire ou contagieuse dans le rapport qu'il a adressé à M. le gouverneur de la province de Brabant (*Annales d'Oculistique,* t. XVII, 1847.) S'il avait puisé à cette source précieuse, il aurait pu, en parfaite connaissance de cause, conseiller des mesures d'une autre importance que celle qu'il recommande et qui nous a paru quelque peu puérile, de faire porter aux soldats qui traversent des contrées couvertes de neige ou de glace un voile d'un bleu ou d'un vert clair, pendu devant les yeux, pour les mettre à l'abri de la réflexion de la lumière.

Le chapitre consacré au traitement ne renferme absolument rien de nouveau.

L'auteur a résumé lui-même les points principaux de son travail en ce qu'il appelle des *aphorismes,* que nous allons traduire textuellement.

« 1° L'inflammation granuleuse est une affection oculaire particulière;

» 2° Elle se distingue par son siége et ses suites du simple catarrhe et de la blennorrhée; ces diverses maladies n'ont point été différenciées d'une manière rigoureuse par les oculistes les plus anciens;

» 3° Elle n'a nullement été importée d'Égypte en Europe, car elle y était déjà connue avant la dernière invasion dont il a été question; elle peut aussi, dans certaines conditions données, régner d'une manière sporadique et endémique, ou être épidémique et contagieuse;

» 4° Le liquide sécrété est le véhicule du contagium fixe qui se développe dans le degré élevé de l'inflammation;

» 5° Le contagium conserve son activité pendant plus de 48 heures et peut se volatiliser pendant cet espace de temps;

» 6° Les inflammations qui récidivent peuvent également donner lieu à un contagium, de même qu'il se développe aussi primitivement;

» 7° Son intensité a différents degrés;

» 8° L'existence de ce processus morbide amène l'exsudation d'un liquide susceptible d'organisation, qui est réellement organisé dans un état plus avancé de la maladie, et qui a son siége dans le tissu cellulaire qui environne le corps papillaire;

» 9° Dans l'épidémie actuelle, la métamorphose de l'exsudat en liquide purulent est très-rare : c'est pourquoi l'affection parcourt, en général, heureusement sa marche;

» 10° Dans le stade inflammatoire c'est surtout au traitement antiphlogistique qu'il faut avoir recours; c'est la méthode caustique favorisant la résorption du liquide, qu'il faut considérer comme celle qui est préférable pour faire disparaître les granulations. »

Cette brochure est terminée par l'énumération, sous la rubrique de *littérature*, du titre de quelques ouvrages qui ont traité de l'ophthalmie granuleuse. Il ne cite, parmi les nombreux travaux dus aux médecins belges, qu'il paraît ignorer, qu'un article de M. De Condé, publié dans la livraison de juillet 1846 des *Annales d'Oculistique*, sur les ophthalmies qui ont sévi dans les armées russo-polonaises et suédoises. On ne sera certainement pas tenté de faire à l'auteur le reproche qu'on a parfois adressé à ses compatriotes, d'avoir étalé un trop grand luxe d'érudition!

FÉLIX BINARD.

Bericht über die Ophthalmia neonatorum beobachtet in dem kaiserlichen Sint-Peterburgischen (Findelhause) **Erziehungshause.** Von doctor FROEBELIUS, ordinirendem Arzte dieser Anstalt. Im Jahre 1849. — Sint-Peterburg, 1850, 8° pp. IV-33.

L'auteur a surtout eu pour but de faire connaître les résultats statistiques qu'il a constatés, relativement à l'ophthalmie des nou-

veau-nés, à l'hospice des Enfants-Trouvés à Saint-Pétersbourg.

Son livre, il a soin de le faire remarquer, ne contient rien de nouveau sur la nature ni sur le traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés ; il se compose de détails que nous ne pouvons pas reproduire en entier, car il faudrait traduire toute la brochure. Nous nous bornerons à en extraire ce qui nous paraît le plus intéressant.

Le nombre des nouveau-nés atteints d'affections oculaires s'est élevé, du 1er septembre 1846 au 1er septembre 1848, à 882, dont 474 garçons et 408 filles.

Sous le rapport du sexe des malades, on trouve que le sexe masculin est au féminin comme 4 est à 3.

Le plus grand nombre des malades est observé dans la période de la vie de 4 à 8 jours après la naissance. Du 8e jour au 14e jour, la maladie se rencontre encore fréquemment ; elle diminue considérablement à la fin du premier mois.

Le plus souvent la marche de la maladie a été de 14 à 40 jours.

La *conjonctivite palpébrale* est l'affection qui accompagnait le plus souvent la maladie, qui s'est présentée 827 fois à l'état aigu sur 882 malades. Les granulations en étaient aussi très-fréquemment la suite. Les affections consécutives notées à l'entrée ont été d'un cinquième du nombre total des ophthalmies.

Les maladies des autres parties qui se déclarèrent en même temps que l'ophthalmie, ou qui parurent pendant la durée de cette dernière et qui ont eu une certaine influence sur sa terminaison, ont été les suivantes :

1° Naissance prématurée. . . .	88 fois,	ainsi	1/10e	de tous	les malades.
2° Aphthes	300	» à peu près	1/3	»	»
3° Ictère.	222	»	1/4	»	»
4° Croûte de lait	216	»	1/4	»	»
5° Syphilis	36	»	1/25	»	»

On observa, en outre, le plus fréquemment :

1° La bronchite et la pneumonite.	82 fois,	à peu près	1/10	de tous	les malades.
2° L'entérite et la péritonite . .	36	»	1/25	»	»
3° L'encéphalite et la méningite.	22	»	1/44	»	»
4° L'atrophie	39	»	1/25	»	»
Total. . .	1041				

La plus fréquente et la plus fâcheuse de toutes les complications a été celle des aphthes, car un tiers de tous les malades en a été

affecté. On a observé que le tiers des malades atteints d'ophthalmie et d'aphthes à la fois, a offert la moitié de tous les cas d'affections consécutives et les deux tiers des malades qui ont perdu la vue.

L'ictère, qui a été observée chez les nouveau-nés dans les premiers jours de la naissance, n'a pas eu d'influence fâcheuse sur la marche de l'ophthalmie, quand il a attaqué des enfants robustes : chez les enfants faibles, incomplétement développés, où le processus vital avait éprouvé un temps d'arrêt, la terminaison de la maladie a été plus désavantageuse, comme il a été dit déjà à l'occasion des naissances prématurées.

De tous les malades atteints de syphilis (au nombre de 36), 20 pour cent ont perdu la vue. Quoiqu'un vingt-cinquième seulement du nombre des malades ait été atteint de syphilis, cependant un neuvième du total des aveugles avait offert cette maladie.

L'époque de l'année n'a pas toujours eu l'importance qu'on lui attribue ordinairement, car on a rencontré dans le mois de novembre une période où la maladie a été aussi intense que pendant l'été.

Des *Considérations générales* suivent les détails qui précèdent.

« Le siége de cette ophthalmie, dit M. Frœbelius, est le tissu cellulaire et vasculaire de la conjonctive, qui est placé sous l'épithélium ; ce n'est que secondairement que les glandules sont affectées. Voici quelle est la pathogénie de cette affection. Il existe d'abord dans le tissu cellulaire palpébral une congestion sanguine; peu à peu les vaisseaux sanguins se développent, il s'en forme aussi de nouveaux ; ceux-ci font exsuder le *plasma ;* les faisceaux vasculaires qui sont situés diversement dans le tissu cellulaire donnent lieu au développement de réseaux toujours de plus en plus épais et à une exsudation relativement plus considérable, d'où résulte une certaine résistance du tissu à la section et un écoulement de sang abondant.

» En faisant écouler cette masse sanguine, l'exsudation disparaît en même temps, et alors la circulation veineuse devenant plus facile, on voit aussi disparaître les autres symptômes de l'inflammation, tels que la rougeur, le gonflement et la sécrétion. Les recherches cadavériques font toujours découvrir l'infiltration du tissu cellulaire et les masses d'exsudation des végétations de la conjonctive. »

L'auteur pense que les conditions hygiéniques de l'établissement où il a puisé ses observations sont sous tous les rapports aussi satisfaisantes que partout ailleurs, et que la gravité et la fréquence

de ce mal doivent être simplement et uniquement attribuées aux conditions désavantageuses de l'enfant dans les maisons des classes pauvres, et aux circonstances défavorables que la santé altérée de la mère a pu exercer sur lui ; il pense aussi que la négligence et les mauvais soins qu'on donne au nouveau-né dès sa naissance, dans cette classe du peuple, peuvent aussi y contribuer beaucoup, ainsi que le refroidissement qu'il éprouve souvent lors de son transport à l'établissement.

Le traitement du docteur Frœbelius nous paraît un peu trop prudent : il ne nous semble pas qu'il connaisse bien l'action si heureusement modificatrice de l'azotate d'argent en solution dans cette ophthalmo-blennorrhée, et nous croyons que s'il avait eu recours à ce moyen énergique plus tôt et plus hardiment, il aurait obtenu des résultats plus avantageux que ceux que constatent ses relevés statistiques.

Nous avons vu, dans le travail du docteur Bednarz (voir ci-dessus, p. 94), combien ce précieux agent doit être recommandé dans le traitement de cette affection; seul, à peu près, il suffit pour la combattre avec le plus grand succès.

FÉLIX BINARD.

Observations on the epidemic Ophthalmia which has prevailed in the workhouses and schools of the Tipperary and Athlone Unions; by WILLIAM R. WILDE, F.R.C.S.I., Surgeon to St-Mark's ophthalmic Hospital, Dublin, etc.—Dublin, 1851, James M'Glashen, 8° pp. 28.

Sous ce titre, M. Wilde, chirurgien oculiste très-distingué et chirurgien en chef de l'hôpital ophthalmique de St-Marc à Dublin, vient de publier, une notice des plus intéressantes sur une épidémie d'ophthalmie observée dans les maisons de travail et écoles des districts de Tipperary et d'Athlone, en Irlande.

Invité par les administrateurs de ces établissements d'en faire une visite approfondie et de leur communiquer les observations auxquelles elle pourrait donner lieu, tant sur les causes de la maladie que sur les moyens d'y remédier, il en a consigné le résultat dans un rapport, auquel nous attachons d'autant plus d'importance, qu'il confirme de tous points les opinions professées et publiées par le rédacteur en chef des *Annales d'Oculistique*, tant sur les causes prédisposantes et occasionnelles de l'ophthalmie contagieuse, que sur sa prophylaxie et son traitement.

L'épidémie prit naissance au printemps de l'année 1849 parmi les filles indigentes admises à l'école des pauvres de Tippérary,

mais ce fut au mois d'octobre de la même année seulement qu'elle y prit une grande extension et que l'infirmerie de cette maison de travail s'étant trouvée insuffisante pour contenir toutes les malades, on fut obligé d'avoir recours à des succursales improvisées, malheureusement peu convenables à cette destination. Du mois d'octobre au mois de mars 1850, il se présenta 1,525 cas, dont 848 chez des enfants du sexe féminin et 677 chez ceux du sexe mâle. Depuis le mois de mars jusqu'à celui d'août, les admissions par semaine varièrent de 18 à 20, la maladie paraissant s'accroître par les chaleurs. — A l'époque de la visite de M. Wilde, en décembre, il y avait encore 840 ophthalmiques en traitement. Le plus petit nombre étaient atteints d'affections récentes sous forme de conjonctivites, de blennorrhées muco-purulentes ou de blennophthalmies graves avec atrophie des globes oculaires, staphylômes, etc.; mais le plus grand nombre se composaient d'ophthalmies chroniques avec *granulation* des paupières, cornées ulcérées, chute et adhérence de l'iris. — « Les granulations aux paupières supérieures étaient, dit l'auteur, les plus volumineuses que j'aie jamais vues, plusieurs égalant en grosseur la moitié d'un pois, d'autres ressemblant au tubercule qui se forme sur les bouts des muscles divisés pendant la strabotomie.... Elles se groupaient de préférence au-dessus du canthe externe... Sans leur enlèvement préalable on ne pouvait s'attendre à aucune amélioration. »

M. Wilde considère la maladie comme une modification de l'ophthalmie d'Egypte, qu'il a eu l'occasion de voir au Caire et dans d'autres villes du Levant, et qui, depuis 1803, a fait tant de victimes dans l'armée anglaise. Cependant il rappelle qu'en 1701, une épidémie de même nature éclata à Castletowndelvin, dans le comté de Westmeath, et causa la perte de la vue chez un grand nombre de personnes.

« La maladie est, dit-il, évidemment contagieuse, autant au moins que la fièvre (?), la dyssenterie, le choléra (?), ou d'autres maladies décidément contagieuses ou infectieuses, dues à un état particulier de l'atmosphère et se propageant à des individus prédisposés. » — *Il admet du reste la communication médiate et immédiate.*

En tête des dispositions favorables pour la contracter, il place le mauvais état de la constitution, l'affaiblissement physique et moral, le changement brusque de régime; l'encombrement, surtout pendant la nuit, le défaut d'un air pur et d'un exercice suffisant, toutes circonstances réunies dans la maison de travail de Tipperary.

Quant aux moyens prophylactiques et thérapeutiques, ils sont exposés avec tout le détail que comportait l'importance de la matière, dans une lettre qu'il a adressée aux médecins de cet établissement. Cette lettre fait partie de la notice; nous allons en donner l'extrait.

Dans les cas récents et pour autant que l'état général du malade s'y prête, l'auteur recommande les émissions sanguines, faites chez les enfants au moyen de quelques sangsues placées au-dessous du

canthe externe de l'œil, sur la marge de l'os malaire, et chez les adultes, par quelques ventouses placées aux tempes. En cas de tuméfaction considérable des paupières, on peut employer l'eau froide en embrocations. Pour collyre, une solution d'azotate d'argent. Quelques légers évacuants et des bains tièdes complètent la thérapeutique de cette période. Aussitôt que les symptômes d'acuïté ont cédé, il faut avoir recours au quinquina et à l'huile de foie de morue. Le régime doit être analeptique et réconfortant.

Nous ne saurions trop applaudir à la recommandation faite itérativement par l'habile chirurgien de Dublin de tenir compte avant tout de la constitution générale des malades. Notre expérience, en tout conforme à ses vues, nous a depuis longtemps appris que, dans des constitutions détériorées, chez des sujets faibles et cachectiques, tels qu'il nous dépeint la population des maisons du travail, il n'y a de guérison durable à obtenir par les topiques, que par le concours des moyens propres à améliorer l'état général.

Les granulations doivent être attaquées par une solution d'azotate d'argent. Malgré tout ce qui a été écrit nouvellement sur la supériorité de ce mode de traitement sur celui par le nitrate argentique solide, nous n'en persistons pas moins à accorder la préférence à ce dernier partout où il peut être appliqué.

« Pour ce qui est du traitement local des ulcères, dont plusieurs étaient transparents, comme si on avait emporté une pièce de la cornée, je recommande, dit l'auteur, de les toucher, à l'aide d'un pinceau effilé, avec une solution de quatre grains d'azotate d'argent dans une once d'eau. — J'en attribue les progrès à l'impuissance des parties avoisinantes et de la constitution générale pour les arrêter. En effet, à peine en trouve-t-on quelques-uns autour desquels existent ces communications vasculaires avec la conjonctive et la sclérotique, avant-coureurs d'un travail de réparation.... J'en ai vu quelques cas où la cornée venait de se rompre et l'iris de s'engager dans la plaie. S'il n'est pas mis promptement un terme à cet état de choses, il empirera imperturbablement. L'ouverture cornéenne s'agrandit, une partie considérable de l'iris fait saillie au travers, et il s'ensuit soit un staphylôme partiel ou général, soit un large leucoma, soit une synéchie antérieure étendue. En pareil cas, il faut toucher la partie herniée avec une faible solution d'azotate d'argent et faire tomber dans l'œil, immédiatement après, une solution de deux grains d'atropine dans un gros d'eau distillée. On rapproche ensuite les paupières par des bandelettes d'emplâtre adhésif (les lecteurs de ce journal connaissent le parti qu'en semblable circonstance on peut tirer du collodium) qu'on recouvre d'un plumasseau enduit d'extrait de belladone, tenu en place par une bande légèrement serrée... L'œil doit être tenu fermé pendant quatre jours... »

L'auteur recommande de réduire sur-le-champ les ectropions qui peuvent survenir pendant que l'inflammation est violente.

Voilà pour ce qui concerne l'état aigu. Quant à l'état chronique, entretenu par les granulations des paupières, surtout de la supérieure, voici quelles sont les vues de l'auteur. — Il veut qu'on fasse sept catégories des malades qui en sont atteints, et qu'à chacune d'elles il soit affecté un local particulier. La 1re se composera de tous les cas nouveaux ; la 2e renfermera les aveugles incurables ; la 3e les porteurs de chutes de l'iris, de staphylômes, d'ulcères de la cornée n'ayant pas encore produit la cécité ; la 4e de ceux dont les granulations sont petites, dures, discrètes et séparées. L'auteur veut qu'on touche ces végétations chaque second jour avec le sulfate de cuivre (nous doutons que ce traitement local ait assez d'énergie pour les détruire) ; il prescrit en même temps les toniques à l'intérieur ; dans la 5e catérogie il place ceux dont les granulations sont volumineuses, mais encore discrètes et dont le siége de préférence est le sillon oculo-palpébral. Celles-là doivent être enlevées avec des ciseaux courbes et cautérisées ensuite. Le traitement général est de rigueur. La 6e comprend ceux chez lesquels les granulations recouvrent uniformément toute la surface interne des paupières, quoique cependant à l'aide d'une sonde on puisse séparer ces masses granuleuses en plusieurs paquets. Ici encore le traitement général est indispensable ; le local est constitué par l'application de l'acétate de plomb recommandé et employé avec tant de succès par notre honorable collaborateur M. le docteur Buys. La 7e catégorie, enfin, est réservée pour les conjonctivites simples sans complications. Nous ignorons si l'auteur entend par là des conjonctivites non granuleuses ; s'il en est ainsi, le nombre doit en avoir été bien faible. En effet, si nous ne nous trompons, si l'analogie sur laquelle nous nous appuyons est logique, tous les malades atteints de l'épidémie qu'il a si bien décrite doivent avoir présenté des granulations, et celles-ci en avoir constitué le symptôme essentiel et en quelque sorte pathognomonique.

L'auteur s'étonne, et non sans raison, d'avoir rencontré si peu de sujets scrofuleux parmi ses malades, « fait intéressant, dit-il, comme tendant à démontrer la nature purement épidémique de l'affection et à la distinguer, ajoute-t-il, même dans sa forme chronique, de celle nommée généralement ophthalmie scrofuleuse. » Pour ceux qui, comme nous, n'admettent pas d'ophthalmie scrofuleuse spécifique et n'attachent à cette dénomination d'autre sens que celui d'ophthalmie chez un scrofuleux, manière de voir que nous avons vu avec une bien grande satisfaction être partagée par M. Lebert, cette distinction n'est pas difficile à faire.

L'extrême rareté des pannus à la suite de cette ophthalmie lui a paru remarquable aussi, et ici encore nous partageons son sentiment, car, ainsi qu'il en fait l'observation, aucun accident n'est plus commun dans l'ophthalmie des armées, dont l'étroite analogie avec celle-ci ne peut être méconnue. — Il attribue cette circon-

stance à la nature asthénique de l'affection et la condition misérable des malades. — Le refroidissement du bout de nez lui paraît être un symptôme constant de la conjonctivite granuleuse chronique, tout comme son injection serait un signe caractéristique de l'affection de la choroïde et des autres tissus internes de l'œil, et son gonflement et sa rougeur avec éruption eczémateuse des narines, de la cloison du nez et de la lèvre supérieure constitueraient des phénomènes constants de *certaines formes* de l'ophthalmie scrofuleuse. Il ne mentionne le bubon pré-auriculaire que pour en faire remarquer l'insignifiance comme expression d'une affection spécifique. En effet, on a lieu d'être surpris, qu'en présence de cette loi depuis longtemps proclamée par tous les physiologistes, que les glandes placées sur le trajet de vaisseaux lymphatiques arrivant de surfaces de rapport phlegmasiées, se tuméfient et s'engorgent toujours, s'enflamment souvent et passent fréquemment à la suppuration, on ait voulu faire une exception pour la glande pré-auriculaire et faire envisager sa tuméfaction consécutive à une conjonctivite comme un signe certain de la nature vénérienne de celle-ci.

L'auteur appelle, et avec raison, l'attention des médecins, sur l'absence complète de toute affection oculaire autre que l'ophthalmie purulente pendant toute la durée du règne de l'épidémie.

Nous ne nous arrêterons pas sur l'épidémie du district d'Athlone, parce qu'elle présente les mêmes caractères et donne, par conséquent, lieu aux mêmes considérations que celle du district de Tipperary. Nous devons faire observer seulement, que pendant son existence à Athlone, un régiment d'infanterie qui venait y tenir garnison, en fut cruellement atteint. Nous ne pensons pas avec le médecin qui a fourni sur cette ophthalmie des informations d'ailleurs très-intéressantes à M. Wilde, que cette maladie y dût son origine aux seules influences atmosphériques, aux vents humides s'élevant des lacs et aux brouillards. Nous ne croyons pas que l'immunité, dont continuèrent à jouir les détachements de cavalerie et d'artillerie tenant garnison à Athlone en même temps que le corps où il sert, fût due exclusivement à ce que les soldats n'étaient pas tenus au même service. Pendant longtemps, en Belgique, niant la propriété contagieuse de l'ophthalmie purulente, on en a cherché l'étiologie dans des circonstances locales ; mais une analyse approfondie, un examen consciencieux, un rapprochement logique d'un très-grand nombre de faits, recueillis en divers lieux par des observateurs différents, n'ont pas tardé à démontrer que c'est au contact plus ou moins direct, plus ou moins prolongé des soldats des diverses armes, quelles qu'elles soient, avec des ophthalmiques de la localité, que l'apparition de l'ophthalmie dans un corps était due, et que c'est à l'encombrement plus ou moins considérable des locaux où séjournaient en commun avec des sujets sains des hommes contaminés, que l'extension devait en être attri-

buée. Nous renvoyons avec confiance au magnifique travail du rédacteur en chef de ces *Annales*, intitulé *Recherches statistiques*, etc., pour la démonstration de ce fait. Grâce à son inépuisable patience, à sa persévérance infatigable, il a pu suivre comme à la piste la filiation de l'ophthalmie dans les divers corps de l'armée où elle a régné, dans les différentes villes du pays où elle a sévi, et jusque dans les maisons particulières où elle s'est introduite, et partout il en a constaté l'importation et la propagation par voie de contagion. — Sans doute les influences extérieures, les variations brusques de l'atmosphère, l'exposition soudaine à des refroidissements sont propres à déterminer une ophthalmie, à laquelle des circonstances jusqu'ici inappréciables, mais qui semblent cependant être inviduelles plutôt que générales, peuvent donner la forme purulente ; mais ce n'est jamais que par le contact immédiat de la matière vénéneuse, ou par son transport au moyen de l'air que la maladie se communique et s'étend. Remarquez bien que, dans l'histoire de l'épidémie de Tipperary, ainsi que M. Wilde l'a expressément signalé, c'était surtout la nuit que l'inflammation se manifestait ou prenait le plus de violence, que plus les dortoirs étaient étroits et bas, plus la maladie était générale et violente, et pendant la nuit les enfants restaient couchés et ne pouvaient subir les changements de température, gagner ce qu'on appelle du froid.

Il est de la plus haute importance pour la prophylaxie de bien établir ce point; c'est sur son admission ou son rejet que doit reposer le choix des moyens préventifs.

Nous sommes heureux de nous rencontrer encore ici avec le savant et laborieux auteur de la notice. — Séparer les contaminés des bien portants, ne pas permettre l'usage commun des mêmes objets de couchage et de lavage, assainir les locaux où un grand nombre d'individus doivent séjourner, y entretenir la plus grande propreté, éviter l'encombrement, ventiler méthodiquement : bien vêtir les enfants, leur donner une nourriture suffisante et analeptique, faire agir leurs muscles par des exercices gymnastiques appropriés à leur âge et pris au grand air, mettre en œuvre tout ce qui peut fortifier leur constitution : telles sont sommairement les recommandations que, dans un langage inspiré par la plus profonde conviction et empreint quelquefois d'une généreuse indignation, M. Wilde fait aux administrateurs des maisons de travail et des écoles de Tipperary et d'Athlone.

F.....

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Gulz (Ignaz J.). — *Die sogenannte egyptische Augenentzündung oder die Catarrh, die Blennorrhöe und das Trachom der Bindehaut. Mit besonderer Berücksichtigung des beim Militaer vorkommenden Formen.* Wien, 1850, J. Keck und Sohn, 8° pp. 140.

(De l'ophthalmie dite d'Égypte, ou du catarrhe, de la blennorrhée et du trachome de la conjonctive, particulièrement au point de vue des formes qui se manifestent dans les armées. — Une analyse de ce livre paraîtra dans notre prochaine livraison.)

Juengken (J.-C.). — *Ueber die Anwendung des Chloroformes bei Augenoperationen. — Ein Sendschreiben an den Herrn Professor* Van Roosbroeck, *in Gent.* — Berlin, 1850. Starcke, 8° pp. 24.

(De l'emploi du chloroforme dans les opérations qui se pratiquent sur les yeux. Nous ferons part à nos lecteurs des vues de l'auteur.)

Hasner (Jos. Von). — *Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Thränenableitungsapparates.* Prag, 1850, Calve, Lex. 8° pp. VIII-104, mit 1 lithog. Tafel.

(Considérations physiologiques et pathologiques sur les maladies des voies lacrymales. — Cette brochure est trop importante pour que nous ne nous en occupions pas le plus prochainement possible.)

Langenbeck (Prof. Max). — *Klinische Beiträge aus dem Gebiete der Chirurgie und Ophthalmologie. 2te Lieferung. Göttingen,* 1851, Dieterich, 4° maj. pp. VI-114, mit Abbildungen (in eingedr. Hollschn.).

Meyr (Dr Ign.). — *Beiträge zur Augenheilkunde.* Wien, 1851, Braumüller, Lex. 8° pp. 44 mit 1 lithog. Taf.

(Nous ne connaissons jusqu'à ce jour que le titre de ces deux publications. La première, due au professeur Max Langenbeck fait suite au mémoire du même auteur analysé dans notre dernière livraison, t. XXIV, p. 270, et reproduit presque en entier (par traduction de M. Binard) dans notre journal.)

Gil y Rojas (Don Bonifacio). — *Verdadeira idea terapeutica del iodureto de potasio.*

(Nous ne savons où a paru cette brochure, dont on lit l'analyse dans le numéro du 10 février de la *Gaceta medica* de Madrid. L'auteur s'occupe de fournir la démonstration de cette proposition : « *L'iodure de potassium, administré selon » les règles de l'art, ne peut être considéré comme la cause d'une amaurose qui » viendrait à se manifester dix-huit mois plus tard.* » — C'est pour répondre à une accusation calomnieuse dirigée contre lui, que M. Gil y Rojas s'est trouvé dans l'obligation de s'occuper de cette question, qu'il a traitée, d'après ce que nous apprend la *Gaceta medica,* très-judicieusement, et en praticien consommé.)

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XXV. — 5e série, Tome Ier. — 4e livraison.

30 AVRIL 1851.

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOUVELLE MÉTHODE POUR LA CURE DE L'ECTROPION CONSÉCUTIF A LA BRULURE ;

par le docteur G. MIRAULT,

professeur de clinique chirurgicale à l'École préparatoire de médecine d'Angers, etc.

L'ectropion, ou renversement en dehors des paupières, est une maladie souvent difficile, quelquefois même impossible à guérir. Si cette proposition est vraie en général, elle l'est surtout pour l'ectropion consécutif à la brûlure. Ici, en effet, se rencontrent les conditions les plus désavantageuses pour la restauration de la difformité : raccourcissement, désorganisation, immobilité des tissus, adhérences vicieuses, et quand, par la force de son intelligence, le chirurgien parvient à reconstituer les paupières, une tâche plus épineuse encore que celle qu'il vient d'accomplir se présente : c'est de maintenir ces voiles dans la situation et la conformation qu'il leur a rendues.

On s'y est pris de bien des manières pour arriver à cette heureuse fin : excision de la muqueuse palpébrale hypertrophiée ; incision des brides cicatricielles ; écartement des bords de la plaie avec ou sans interposition d'un lambeau emprunté aux parties voisines ; ablation des cicatrices suivie de la réunion immédiate ; toutes méthodes ou procédés plus ou moins ingénieux, mais qui n'ont abouti souvent qu'à des demi-succès ou qui ont échoué complétement. C'est pour avoir éprouvé, moi-même, de ces mécomptes que j'ai imaginé une opération qui m'a semblé plus rationnelle que ce que l'on a fait jusqu'ici, et qui est plus particulièrement applicable à l'ectropion double, suite de brûlure. Le lecteur appréciera les faits et jugera si je ne me suis point abusé.

Obs. I. — *Ectropion au troisième degré, consécutif à une brûlure de la face, guéri par une méthode nouvelle.*

Marie Raguet, fille de 28 ans, d'une bonne constitution, tomba dans le feu à l'âge de six mois, et se brûla tout le côté droit de la face. Il s'ensuivit un double ectropion des plus considérables. En effet, les deux paupières, complétement renversées en haut et en bas, étaient confondues, la supérieure avec le sourcil, l'inférieure avec la joue, et tel était le racornissement des tissus qu'aucun effort ne pouvait, le moins du monde, effacer les effets de cette déviation. Comme à l'ordinaire, la conjonctive palpébrale se présentait sous la forme de deux bourrelets rouges et fongueux. D'ailleurs, la malade offrait tous les symptômes propres à l'extroversion des paupières.

Quelle que fût ma répugnance à pratiquer une opération chirurgicale dont le succès me paraissait plus qu'incertain, je m'y laissai pourtant entraîner, je peux le dire, par les supplications de la pauvre Marie Raguet, dont l'amour-propre souffrait depuis bien longtemps d'une infirmité si dégoûtante, et voici comment j'y procédai, au mois de mai 1842 : d'abord, à l'aide de ciseaux courbes sur le plat et d'une pince érigne, j'excisai les deux bourrelets de la conjonctive, dans les trois cinquièmes environ de leur étendue et près du bord ciliaire des paupières. Ensuite, par deux incisions courbes, l'une supérieure, l'autre inférieure, je circonscrivis les paupières à quelques millimètres de leurs bords renversés, et, détruisant leurs adhérences vicieuses, je les rétablis l'une et l'autre dans leur situation naturelle; enfin, je réunis ensemble les paupières, bord contre bord, par deux points de suture entortillée, qui affrontaient exactement, l'une à l'autre, les deux surfaces excisées de la conjonctive.

Les plaies extérieures, résultant de la dissection, furent recouvertes de plumasseaux enduits de cérat et de compresses que je maintins en place par le mouchoir.

Le troisième jour de l'opération, l'une des épingles à suture, celle qui répondait au côté externe, avait coupé les chairs qu'elle soulevait et tomba d'elle-même.

Le cinquième jour, j'ôtai la deuxième épingle et je reconnus avec satisfaction que les deux paupières étaient soudées ensemble dans la plus grande partie de leur étendue. Je laissai les choses en cet état pendant un an, me bornant à faire faire sur les paupières, après la cicatrisation des plaies, des frictions huileuses pour assouplir et allonger les tissus indurés; enfin, au mois de mai 1843, je coupai les adhérences qui enchaînaient l'une à l'autre les deux paupières et je les abandonnai à elles-mêmes, sauf les frictions qui furent continuées.

Le résultat de cette cure a été des plus satisfaisants : la paupière supérieure a recouvré complétement et conserve encore aujour-

d'hui sa forme et ses dimensions naturelles; quant à l'inférieure, très-légèrement abaissée et écartée du globe de l'œil, elle permet d'apercevoir un peu du rouge de la conjonctive. Cela n'empêche point, au reste, ces deux voiles de se rapprocher l'un de l'autre, jusqu'au contact. On ne soupçonnerait point actuellement la difformité dont Marie Raguet a été délivrée; la seule incommodité qui lui reste est un léger larmoiement.

Cette méthode, que j'appellerai *par fusion temporaire des paupières*, est fondée sur l'antagonisme de deux forces qui, agissant en sens contraire, se neutralisent réciproquement. En effet, après l'opération, les paupières tendent à se renverser de nouveau, l'une par le haut, l'autre par le bas. Si donc elles adhèrent ensemble tout le temps que se fera sentir l'action inodulaire, la guérison des plaies pourra s'achever sans que les ectropions se reproduisent; mais pour obtenir un résultat durable, il est nécessaire, ainsi que je l'ai fait chez Marie Raguet, d'attendre au moins un an avant de rendre aux paupières leur liberté.

Sans cette précaution, en effet, il est certain que le bénéfice de l'opération serait à peu près complétement perdu, puisque les plaies que l'on fait aux paupières pour corriger leur difformité les ramèneraient, en se cicatrisant, à leur situation vicieuse.

La nouvelle méthode, ainsi que je l'ai déjà dit, est destinée à remédier à l'ectropion simultané des deux paupières; cependant elle peut s'appliquer avec quelque efficacité à l'ectropion unique ou renversement d'une seule paupière. L'observation suivante, dans laquelle je n'ai obtenu qu'un succès incomplet, le fait suffisamment pressentir.

Obs. II. — *Ectropion considérable de la paupière inférieure, suite de brûlure, opéré par la méthode nouvelle; guérison.*

Jeanne Soreau, fille forte et d'une bonne santé, était tombée la face dans le feu, à l'âge de neuf mois. Des brûlures profondes du visage amenèrent à leur suite une grande difformité dans la bouche, le nez, et particulièrement la paupière inférieure du côté gauche.

A l'âge de 21 ans, Jeanne, humiliée de sa laideur, vint me solliciter de corriger, au moins en partie, la déviation de la paupière qui constituait l'ectropion le plus considérable que j'eusse rencontré. Cette paupière était littéralement confondue avec la joue, dans une cicatrice dure, racornie et immobile. La conjonctive palpébrale, chroniquement phlogosée par son contact avec l'air, n'était pas sensiblement épaissie et fongueuse, comme il arrive ordinairement.

Opération. Le 4 juillet 1847, je pratiquai sur la joue, de l'angle externe à l'angle interne de l'œil, une incision curviligne, concentrique au bord ciliaire renversé, et à un centimètre cinq millimètres au-dessous de lui. Puis je disséquai la peau, de bas en haut, jusqu'auprès des cils, ce qui me permit de rétablir la paupière en sa forme et sa situation naturelles. Dans un *deuxième temps*, à l'aide de petites pinces, je soulevai, dans trois endroits différents, la peau de la paupière supérieure, à deux ou trois millimètres au-dessus des cils, et excisant chacun de ces plis avec des ciseaux courbes sur le plat, j'eus ainsi trois petites plaies, en forme de losange, l'une au milieu, deux autres en dedans et en dehors, non loin des commissures. *Troisième temps.* Après ces divers avivements, je renversai de bas en haut et d'avant en arrière le lambeau de peau de la paupière inférieure; j'appliquai sa surface saignante aux trois petites plaies de la paupière supérieure, et je la fixai à chacune d'elles par autant de points de suture entortillée.

Dans ce nouveau rapport des parties entre elles, les bords ciliaires, pressés l'un contre l'autre, étaient, en grande partie, masqués par le lambeau; seulement le bord libre de celui-ci, dans les espaces intermédiaires aux épingles, un peu moins élevé qu'au niveau des points de suture, formait des espèces d'échancrures ou festons, qui permettaient d'entrevoir la fente palpébrale et à quelques cils de se montrer au dehors.

Le 6 juillet, quarante-huit heures après l'opération, j'ôtai les deux épingles qui avoisinaient les angles des paupières; le lendemain, j'enlevai l'épingle du milieu et je reconnus que la réunion s'était faite aux trois points de suture. A partir de ce jour, un pansement simple, soutenu par le monocle, et quelques cautérisations légères avec le nitrate d'argent, suffirent pour amener la cicatrisation de la plaie de la paupière inférieure, qui fut complète le 24 du même mois. A cette époque, les paupières tendaient déjà à s'écarter l'une de l'autre par l'allongement de leurs adhérences; le 31 juillet, cet écartement était assez marqué pour laisser passer un grand nombre de cils et pour permettre d'apercevoir le globe de l'œil. Alors, les adhérences dont je viens de parler, devenues plus longues, ressemblaient à des espèces de ponts jetés d'une paupière à l'autre; elles différaient d'ailleurs notablement entre elles : l'externe et la moyenne étaient minces et filiformes, tandis que l'interne, épaisse et large de quelques millimètres, soutenait, à peu près seule, tout l'effort rétractile de l'inodule.

Le 25 août, la paupière inférieure s'est abaissée, son bord libre est un peu renversé en dehors, et l'on aperçoit derrière et au-dessus de lui un léger repli formé par la muqueuse palpébrale; la bride externe s'est rompue, et la moyenne, rapprochée de l'interne, semble confondue avec elle. La cornée est à découvert dans une certaine étendue, ce qui permet à la malade de voir, de cet œil, les objets qu'on lui présente.

Depuis quelque temps, et chaque jour, Jeanne Soreau manipulait sa paupière inférieure, dans le but de remonter son bord libre qui tendait à se déprimer. A de longs intervalles, cette fille venait me montrer son œil et je voyais avec un grand intérêt que l'état de la paupière se maintenait dans d'assez bonnes conditions. Ce traitement durait depuis treize mois quand cette fille vint me trouver à l'hôpital, où je la fis voir aux élèves qui suivent mon cours de clinique. Alors je pratiquai, devant eux, l'excision de la bride qui retenait les deux paupières. L'inférieure, un peu plus courte, était légèrement écartée du globe de l'œil. Je prescrivis de continuer les manipulations.

J'avais perdu de vue Jeanne Soreau depuis près de trois ans, lorsque j'eus l'occasion de la revoir le 21 février 1851. L'ectropion s'était reproduit en partie, mais c'était une légère difformité, comparativement à celle qui existait avant l'opération. Il est juste de dire que, n'étant plus atteinte de larmoiement, la malade s'était considérée comme suffisamment guérie, et qu'elle avait négligé complétement d'exercer sur la paupière les tractions que je lui avais recommandées.

En présence des deux faits qui précèdent, une question se présente tout d'abord; c'est celle-ci : La méthode *par fusion temporaire des paupières* est-elle préférable à celles qui ont été mises en pratique jusqu'ici? S'il s'agissait de tous les cas possibles d'ectropion, je ne pourrais répondre par l'affirmative; mais s'il était question des ectropions les plus considérables, de ceux surtout qui sont la suite de brûlures profondes, je dirais : Oui, elle l'emporte sur les autres méthodes. Est-ce donc, en effet, sur la méthode d'Adams ou sur celle de Dieffenbach, obscurément appelée *par raccourcissement du repli falciforme de la conjonctive, sans excision*, que l'on pourra compter dans des conjonctures aussi fâcheuses? Évidemment non, car, de même que l'excision de la conjonctive, idée si ingénieuse de Bordenave, elles ne sont vraiment applicables qu'à l'ectropion par hypertrophie de la muqueuse palpébrale ou à celui qui résulte de la présence de cicatrices peu étendues. La méthode de d'Ammon (*transposition perpendiculaire d'un lambeau quadrangulaire*) et le procédé de Warthon-Jones (*transposition perpendiculaire d'un lambeau triangulaire de la paupière renversée*) sont, sans doute, plus efficaces dans les ectropions réfractaires dont j'ai parlé ; mais leur application est restreinte aux cas où la cicatrice produite par la brûlure est de médiocre étendue; dans le cas contraire, la perte de substance qui résulterait du déplacement du lambeau serait trop considérable pour qu'on pût réunir immédiatement les bords de la plaie. D'ailleurs, après cette réunion

obtenue (nous le supposerons) sans accidents, qui empêchera le lambeau déplacé de se ratatiner d'une manière plus ou moins difforme et le bord libre de la paupière restaurée de se raccourcir et de s'écarter du globe de l'œil? C'est là ce qui est arrivé chez une femme de vingt-quatre ans dont les deux yeux étaient complétement à découvert, par suite du renversement des paupières supérieures, et sur laquelle Warthon-Jones lui-même appliqua son procédé. (Mackenzie, trad. de Laugier et Richelot, pag. 155, 1844.)

Une autre question est celle-ci : La méthode *par fusion temporaire des paupières* peut-elle être opposée, avec espoir de succès, à l'ectropion unique ou d'une seule paupière? Peut-être; mais, évidemment, avec des chances moindres que dans l'ectropion double. Dans celui-ci, les paupières soudées ensemble, muqueuse à muqueuse, se font équilibre dans leurs tendances à se renverser de nouveau, après l'opération; dans celui-là, les conditions pathologiques et opératoires ne sont plus les mêmes. Pour s'opposer au renversement consécutif de la paupière restaurée, on prend un point résistant sur la peau de la paupière opposée, c'est-à-dire sur une paupière saine dont les tissus, extensibles et faciles à déplacer, ne peuvent résister qu'incomplétement à la reproduction de l'ectropion. Cela a été bien évident chez Jeanne Soreau, quoique j'eusse déterminé une triple adhérence. Toutefois il ne faudrait pas, je le pense, juger de la puissance du moyen par ce qui s'est passé sur cette fille. Si, en effet, au lieu de faire adhérer ensemble les deux paupières par trois surfaces petites, je les avais réunies par des avivements étendus; si, en même temps, j'avais disséqué sur la paupière inférieure un lambeau plus court et que je l'eusse fait adhérer le plus haut possible à la peau de la paupière supérieure, il est permis de croire que le résultat de la cure eût été beaucoup plus satisfaisant. Avec ces attentions, je crois donc que la méthode *par fusion temporaire des paupières* n'est point à dédaigner, même pour le traitement de l'ectropion simple.

MÉMOIRE SUR L'APPLICATION PRATIQUE DU PHOSPHENE OU SPECTRE OCULAIRE PRODUIT PAR LA COMPRESSION DE L'ŒIL;

par le docteur A. SERRE (d'Uzès),

membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, etc., etc., à Alais.

(Suite. Voir *Annales d'Oculistique*, t. XXIV, pp. 34-50, 160-179 et 242-255.)

[Note essentielle. — On se souvient que l'imposante autorité de sir Brewster nous avait entraîné, dans le principe, à considérer le grand anneau entop-

tique comme le résultat d'une excitation nouvelle et secondaire exercée sur le point opposé au lieu de la compression. C'est là ce qui nous avait fait désigner chaque phosphène par le nom de la région vers laquelle il se montre; mais depuis que nos recherches expérimentales et nos réflexions nous ont démontré la nécessité d'adopter une théorie différente, nous ne saurions conserver des dénominations devenues illogiques et propres à induire en erreur. Nous devons donc prévenir que désormais nous donnerons à l'*anneau cardinal* le nom de la région comprimée et par conséquent opposée au lieu où il paraît. Ainsi, le phosphène que nous appelions *temporal*, et qui résulte directement de la compression de la région nasale, sera appelé NASAL; par conséquent le *nasal* sera appelé TEMPORAL, le *frontal* deviendra le JUGAL, et le *jugal* portera le nom de FRONTAL.]

§ V. — *Du phosphène dans ses rapports avec l'amblyopie.*

Si nous avions eu à considérer l'amblyopie dans ses divers rapports avec les causes qui la provoquent, et le traitement qui peut lui être appliqué, sa place était naturellement marquée en tête du paragraphe (§ III, p. 165) qui traite de l'amaurose, et dont elle n'est en quelque sorte que le commencement; mais ce travail, uniquement destiné à l'étude des propriétés du phosphène, réclamait impérieusement un ordre différent.

Il importait, en effet, de démontrer d'abord l'existence constante des anneaux dans l'état normal, leur absence complète dans l'amaurose; et après avoir fait ainsi ressortir les avantages de ce nouveau moyen de diagnostic dans ces deux circonstances bien tranchées, il fallait continuer nos investigations, en les dirigeant avec une attention toute particulière sur les états intermédiaires, de manière à nous rendre un compte exact de l'influence exercée sur les phosphènes par les divers degrés de souffrance de la rétine, jusqu'au moment où sa faculté de sentir est entièrement éteinte. Cette étude était, du reste, la partie la plus difficile et, nous pouvons dire, la plus délicate de notre travail, puisqu'il s'agissait d'apprécier des différences souvent minimes dans l'apparition des lueurs intra-oculaires, de les comparer aux changements opérés dans la vue, afin d'en saisir ensuite les rapports, en formuler la constance et les préciser avec assez de netteté pour qu'elles pussent être converties en signes pathognomoniques des altérations générales et partielles auxquelles on a donné les noms d'*amblyopie, amaurose incomplète, asthénopie, kopiopie, ophthalmocopie, imbecillitas oculorum, hebetudo visus,* dépendant d'un vice anesthésique de la membrane nerveuse oculaire, du nerf optique, des autres paires cérébro-ophthalmiques, ou de la lésion des parties encéphaliques où s'éla-

borent les impressions lumineuses, et accompagnées ou précédées de l'absence d'une partie des phosphènes.

Notre tableau numérique nous a fourni un moyen simple, prompt et facile, de recueillir de nombreuses observations; de cette façon, un petit nombre de chiffres nous suffisent pour exprimer les différences offertes par les phosphènes, l'état des milieux réfringents, et généralement celui de toutes les parties directement utiles à la vision : enfin, nos cadres remplis des indications fournies par cet examen parfois très-minutieux, nous avons été à même de découvrir des résultats auxquels nous ne pouvions nous attendre.

Ces résultats, tous remarquables par leur précision, ont dépassé les espérances que nous avions conçues à cet égard. Désormais l'ophthalmologiste, sans la déclaration préalable du malade, pourra donc connaître le degré d'affaiblissement de la vue par les modifications qu'il aura remarquées dans *la grandeur, la forme, la couleur et surtout le nombre des phosphènes.* Il fera plus encore; alors que la vue aurait conservé toute sa clarté et son étendue dans un œil dont les anneaux n'apparaîtraient pas sur tous les points pressés de sa circonférence, il prononcera que l'*amblyopie* existe en germe, et qu'il y a lieu d'agir activement pour s'opposer au développement de ce même germe, dont l'existence est signalée par notre indication, reposant, en ce cas, sur l'absence de quelques anneaux du *périorbitaire.* Nous reviendrons bientôt sur ces données et d'autres non moins utiles.

Nous avons lu, examiné, et vérifié avec l'attention la plus scrupuleuse ce que l'on a écrit sur les signes de l'amblyopie, et nous avons pu nous convaincre de leur insuffisance lorsque nous avons voulu par eux seuls arriver au diagnostic de la maladie. Nous allons les passer rapidement en revue, les peser chacun en particulier, et les comparer ensuite, en ce qui concerne les indications diagnostiques, à ceux des phosphènes.

Signes objectifs. — La *tête haute presque renversée en arrière,* considérée comme signe de l'amaurose, se trouve sans valeur aucune dans l'amblyopie légère; on peut en dire autant de la *marche sautillante, incertaine.* Ce sont là des caractères grossiers devant céder le pas à ceux que fait découvrir l'examen direct de l'organe malade. (Desmarres.)

L'*inégal degré d'ouverture des paupières* peut, il est vrai, indiquer à la rigueur que la vue est atteinte dans un œil, mais sans désigner

d'une manière sûre celui qui est affecté. Nous avons en ce moment sous les yeux deux sujets amblyopiques, dont l'un se présente avec des paupières mi-closes, et l'autre avec un écartement anormal de ces deux voiles membraneux.

Hors le cas de *ramollissement du globe* par le synchysis, et d'*endurcissement hydrophthalmique, la consistance du bulbe* ne saurait être mise à profit comme signe diagnostique de la diminution de la vue provenant d'une lésion anesthésique de la rétine.

Le *nystagmus*, ou mouvement oscillatoire des yeux dans le sens latéral, compatible avec un état normal et permanent de la vision, doit être plutôt considéré comme une complication que comme un signe d'asthénopie.

On ne devra pas regarder les *irrégularités de forme de la pupille, la projection en avant de l'iris et du cristallin*, comme le résultat nécessaire d'une diminution dans la sensibilité visuelle, mais bien plutôt comme celui d'un travail inflammatoire intérieur, qui aura changé le rapport anatomique de ces parties, avec ou sans retentissement sur la pulpe nerveuse.

La *couleur de la pupille*, qui peut être rapportée à des causes si différentes, n'est qu'un signe indirect, et seulement alors que cette couleur annonce l'altération du corps vitré ou de la choroïde, habituellement accompagnée de la lésion de la rétine.

Le symptôme qui offre le plus de valeur est sans contredit celui que fournit l'*état de la pupille ;* mais nous avons vu dans le précédent article combien cette valeur se trouve réduite, combien sont incertaines les indications tirées de la *mobilité* ou de la *grandeur* de son ouverture. Et d'ailleurs, que deviennent toutes ces indications lorsqu'il s'est manifesté une synéchie antérieure ou postérieure, lorsque la pupille est occupée par une cataracte organisée, lorsqu'elle est entièrement oblitérée?

M. Desmarres a remarqué *à la surface extérieure de l'iris, à la réunion du petit cercle avec le grand, une légère saillie d'un millimètre à un millimètre et demi de large*, formant un anneau plus ou moins complet, entourant le cercle irien et la pupille, et apparaissant au début des affections amaurotiques, alors qu'il n'y a qu'une simple amblyopie. Ce signe, qui n'a été noté par personne avant ce savant médecin oculiste, ne lui paraît pas devoir être négligé; et si l'observation et l'expérience viennent confirmer sa découverte, la science lui fera bon accueil et lui assignera une bonne place. Toutefois, cette saillie annulaire, ou voussure de l'iris, très-marquée

dans l'amblyopie asthénique, au dire même de l'auteur, est beaucoup moins apparente dans l'amaurose congestive et nulle dans l'amblyopie ayant le même caractère que cette dernière : d'où l'on pourrait conclure qu'elle se produit plus spécialement lorsque la pupille se dilate, et qu'elle résulte du plissement circulaire de l'iris : sa signification, restreinte à des cas déterminés, est donc sans caractère de généralité et n'a qu'une valeur limitée à l'amblyopie asthénique.

Signes subjectifs. — Lorsque aucun obstacle n'existe au passage des rayons lumineux, ou n'en change la direction, la *diminution de la vue* est certainement une preuve que la rétine, le nerf optique ou le cerveau lui-même souffrent directement ou indirectement et que le sujet est actuellement atteint d'une amblyopie; mais d'autres causes troublant cette fonction, il est nécessaire de les éliminer avant de regarder son altération comme le produit d'une paralysie. L'altération peut être partielle dans le sens latéral chez les uns, dans la moitié inférieure ou supérieure des objets chez les autres : alors l'on a affaire au *visus lateralis*, à l'*hémiopie;* ou bien les objets apparaissent privés de quelques-unes de leurs parties (*visus interruptus*) ; ou bien encore enveloppés d'un brouillard noirâtre (*visus nebulosus*). D'autres fois, il y a impossibilité de reconnaître les plus petits objets; souvent les amblyopes les voient doubles (*dipoplia*), colorés (*chrupsia*), en grisaille (*achromatopsia*). Tantôt l'affaiblissement de la vue a lieu la nuit seulement (*hemeramblyopia*), tantôt c'est pendant le jour (*nyctamblyopia*).

Selon M. Desmarres, la *myopie* est souvent un signe d'amaurose commençante; il la rattache à deux causes : à la congestion de l'œil qui le rend plus volumineux et imprime à ses milieux diaphanes une réfraction plus puissante, et à la diminution dans la faculté de perception de la rétine, laquelle ne peut plus être impressionnée, à moins qu'une plus grande quantité de cônes lumineux ne traverse la pupille. La myopie sera plutôt un résultat accidentel ou une complication que le signal d'une *kopiopie;* on pourra en dire autant de la *presbyopie*.

En d'autres circonstances, l'amblyopie partielle se traduira par une *tache circulaire, allongée, filiforme,* que le malade apercevra dans l'œil ou rapportera hors de lui à une distance variable, sous la forme de mouches fixes ou volantes de différentes couleurs ou tout à fait scotomateuses.

Les *spectres lumineux,* ou *zigzags de feu,* les *fusées,* ont été dénon-

cés également comme des précurseurs d'une amaurose commençante. « Pourtant on n'oubliera pas, dit M. Desmarres, que certaines personnes nerveuses ou atteintes d'une congestion légère de la choroïde voient très-fréquemment des *mouches volantes* sous certaines influences accidentelles, et cela pendant des années, sans que leur vision subisse la moindre altération; que l'apparition de mouches et d'éclairs n'est qu'un signe relatif, qui doit nécessairement se grouper avec d'autres tant anatomiques que physiologiques, pour acquérir une valeur réelle au point de vue du diagnostic. » Quelque fréquents que puissent être et que soient réellement ces symptômes d'une amaurose commençante, on les rencontre presque tous sur des yeux sains du reste, ou qui du moins ne font pas craindre une amblyopie amaurotique, tant les phénomènes dont les nerfs peuvent être le siége sont nombreux et variables; heureusement la présence de l'un ou de l'autre de ces symptômes est loin d'annoncer toujours une véritable amblyopie. Il faut souvent, par conséquent, la plus grande prudence de la part du médecin pour juger exactement du danger ou de l'innocuité d'un ou de plusieurs des phénomènes qui viennent d'être indiqués. (Weller.)

M. Lawrence regarde comme très-difficile l'appréciation de l'état de la rétine, parce qu'elle *se dérobe* à nos moyens d'investigation. « Voilà pourquoi, ajoute-t-il, l'on est généralement réduit à tracer l'histoire de la maladie, plus encore d'après l'ensemble et la progression de ses symptômes que d'après les lésions organiques qui la constituent. »

Notre scepticisme ne va cependant pas jusqu'à refuser un certain degré d'utilité aux divers signes énumérés ci-dessus. Malgré l'incertitude qu'ils laissent trop souvent après eux, nous les regardons, au contraire, comme autant d'éléments dont le praticien habile saura tirer parti pour arriver à la connaissance de l'aptitude perceptive de la membrane rétine; mais cet heureux résultat suppose une habitude, un tact, un art qui ne sont pas le partage de tous les observateurs; logiquement en apparence les mêmes données, les mêmes prémisses peuvent conduire à des conséquences très-différentes. C'est qu'en vérité, à ce point de vue du diagnostic, la réunion en faisceau des symptômes connus ne contient pas l'élément essentiel et fondamental de la question à résoudre. Si l'art peut s'en contenter, la science plus exigeante réclame un moyen d'investigation direct; car elle veut atteindre sûrement son but, non par un acte privilégié de spontanéité et d'intuition, mais au

moyen d'un principe simple, d'une règle invariable ou du moins tellement générale que l'exception en soit insignifiante.

Eh bien! cette règle, ce principe fondé sur les faits, justifié par le raisonnement, ce sont encore les phosphènes qui vont lui servir de base. Ce moyen direct d'investigation, ce sont eux encore qui vont naturellement nous le fournir. Ici, comme dans l'amaurose, leur langage simple, clair, précis, nous rendra les plus importants services; mais hâtons-nous de le dire, interprètes fidèles et constants de l'état de la sensibilité rétinienne dont ils vont nous traduire les divers degrés et jusqu'aux moindres nuances, en vain voudrait-on les interroger au sujet des causes et de la nature de ses altérations. Ils ne disent rien, absolument rien sur l'essence de l'anesthésie, à savoir, si elle est congestive, éréthistique, torpide, oculaire, optique, cérébrale, sympathique d'une souffrance éloignée; mais en retour ils sont d'une ressource inappréciable, lorsqu'on veut s'éclairer sur le degré d'impressionnabilité que conserve la rétine. Une simple action mécanique, un léger ébranlement compressif imprimé à cette membrane à travers la sclérotique, devient à l'instant même un moyen d'appréciation direct d'une précision remarquable et auquel elle ne saurait désormais se dérober, doué qu'il est de la propriété d'exciter la lumière, comme si cette dernière frappait elle-même le point comprimé par le doigt, avec cette différence, tout à l'avantage de la nouvelle indication, que lorsque la déformation imprimée au globe ne produit pas d'impression lumineuse sur quelques-uns de ses points cardinaux, la vue restant d'ailleurs bonne, c'est qu'elle est alors le signe certain d'une amblyopie latente, *larvée,* qui ne tardera pas à se manifester par une diminution de la vue plus ou moins prochaine. Le premier degré d'impressionnabilité visuelle semblerait d'abord résider dans la faculté de percevoir la lumière tactile de préférence à la lumière ordinaire. Un peu plus loin nous donnerons la véritable explication de ce fait.

Nous avons maintenant la certitude que la lumière perçue à la suite de la compression de l'œil est toute subjective : examiné dans l'obscurité la plus profonde, cet organe n'offre rien alors de visible à l'observation; les objets extérieurs les plus rapprochés de l'œil ne sont pas non plus éclairés.

Du reste, les données qu'aurait pu fournir un éclairage objectif ne pouvaient avoir l'utilité de l'éclairage subjectif. En effet, le premier aurait permis seulement de juger de la sensibilité de la

rétine dans les cas les moins intéressants, dans ceux où les milieux transparents de l'œil ne sont troublés par aucun nuage, dans ceux où l'état de la vue permet ordinairement d'apprécier celui de la rétine; mais il eût été tout à fait inutile lorsque l'obscurcissement de ces milieux s'oppose à l'accomplissement de la vision d'une part, et à la pénétration de la vue de l'observateur jusqu'à la rétine de l'autre. C'est donc le malade seul qui, en transmettant au médecin ses impressions, le met à même de juger comparativement si les anneaux entopsiques se montrent partout avec le caractère normal, qui indique l'état d'intégrité fonctionnelle de la rétine. Mais où chercher les éléments de cette comparaison? Les établir entre des sujets différents eût été chose presque impossible; il a donc fallu y renoncer. Fort heureusement, nous les avons trouvés sur le malade lui-même, du moins en ce qui concerne l'intensité et la grandeur des phosphènes. L'expérience nous ayant démontré que la diminution de la vue s'opère presque toujours d'une manière inégale dans les deux yeux.

Les éléments seméiologiques fournis par les phosphènes peuvent être déduits de leur *grandeur*, de leur *forme*, de leur *couleur*, de l'*intensité* de leur lumière et de leur *nombre*.

1° La *grandeur* apparente des anneaux colorés est difficile à apprécier, la même impression faite sur la rétine pouvant donner lieu à des jugements divergents, à ce point que les uns croient les voir de la dimension d'une pièce de cinq francs et les autres d'une pièce de vingt-cinq centimes. Mais si le malade porte son attention sur la grandeur du cercle eu égard à ses rapports avec le segment manquant et abstraction faite de son rayon, il indiquera facilement des différences que l'on consignera dans les colonnes du tableau numérique, conformément aux indications qui seront bientôt données. Il est souvent réduit à une faible dimension chez les amblyopes, au point que le nasal offre de l'analogie avec le jugal ou le petit anneau physiologique.

2° La *forme* des anneaux lumineux, qui varie avec celle du corps compresseur, a été principalement utilisée pour nous assurer que l'impression faite par le doigt lui appartenait bien réellement et non à une autre cause; car malgré ses changements, l'anneau conserve encore des caractères auxquels il est facile de le reconnaître; c'est un cercle brillant, plus ou moins complet, impossible à confondre avec ces étincelles ou flammes qui naissent spontanément dans l'œil et ne peuvent être attribuées à la percussion de cet or-

gane. Aussi avons-nous la précaution de demander au patient quelle est la forme de la lumière qu'il perçoit, le point de l'organe où elle se montre, et toujours il la caractérise de façon à ne pouvoir s'y méprendre. Quant au segment plus ou moins grand du cercle, ainsi que nous venons de le dire, l'état ou la disposition amblyopique exercent une influence très-sensible sur sa grandeur.

Pour apprécier ces changements dans un phénomène aussi fugitif, il faut une habitude d'observation qu'on ne saurait exiger de tous les malades, et surtout de la part de ceux qui, pour la première fois, sont soumis à ce mode d'exploration; mais la théorie et les faits déjà observés en grand nombre nous font espérer que des études ultérieures sur ce point délicat conduiront à la découverte de nouvelles ressources qui viendront augmenter celles que nous possédons déjà sur les propriétés des phosphènes.

3° La *couleur des anneaux* a singulièrement varié; tantôt ils ont paru bleu, bleu clair, bleu foncé, jaune, jaune doré; tantôt rouge, gris, gris foncé, noir. Ces teintes bleu, bleu clair, etc., ne peuvent servir à constater un commencement d'altération dans la rétine, puisqu'elles ont été remarquées dans l'état normal de la vision. Les autres surtout, celles qui tiennent du rouge, du gris et du noir, caractérisent l'état paralytique commençant; mais le phosphène portant en lui-même des éléments de coloration qui peuvent être confondus avec ces teintes, il convient de mettre la plus grande réserve dans leur signification. Si le malade se préoccupe exclusivement de l'aspect extérieur du cercle, il déclarera la couleur bleu clair, jaune doré; s'il porte au contraire son attention sur la partie moyenne et centrale de l'anneau, ce sera la nuance gris foncé, noir, parce que, en effet, selon le point de l'anneau remarqué, selon l'éclairage extérieur, qui modifie toujours l'aspect coloré du phosphène, l'impression variera du bleu clair, en passant par les colorations intermédiaires, jusqu'au noir. Malgré cette réserve, commandée pour les causes qui viennent d'être mentionnées, nous avons dû dans notre tableau affecter à la couleur des anneaux une colonne destinée à recevoir la déclaration du malade sur leur apparence colorée, comptant que l'expérience nous fournirait plus tard des éclaircissements sur le parti que la séméiologie pourrait en retirer un jour. Déjà aussi, les faits se prononcent en faveur de la couleur grise, gris foncé, noire, nuances rarement indiquées par les personnes clairvoyantes et que perçoivent souvent celles qui sont amblyopes. Dans ce cas, le cercle lumineux

se ternit, s'efface, et le phosphène est réduit à une simple tache circulaire, grisâtre, uniforme, tirant sur le noir, semblable à un pain à cacheter, ayant la même teinte et offrant la plus grande analogie avec les taches arrondies que la compression de l'œil fait naître, le matin, au moment du réveil. Ce qui se passe alors fait bien comprendre qu'une tache grisâtre sans anneau lumineux, brillant, concentrique, puisse devenir le signe de la stupeur de la rétine dans la partie opposée où elle se montre, là même où la pression a lieu. Si cette tache est vue par le malade, spontanément et sans pression, ainsi que cela est arrivé chez le savant professeur dont nous avons consigné l'observation dans l'un de nos précédents articles, dans ce cas la couleur gris foncé noir est l'indice de l'affaiblissement de la rétine qui correspond au côté opposé où elle se montre, comme si la pression l'avait déterminée.

4° *Intensité de la lumière.* Nous rappellerons à cette occasion que la lumière des phosphènes provoqués par la compression de la moitié supérieure de l'œil est toujours la plus éclatante dans l'état physiologique; que pour rendre le nasal et le temporal le plus apparents possible, il faut porter le doigt un peu au-dessus du diamètre transversal. L'expérience atteste que la rétine est ainsi plus impressionnable dans sa partie supérieure que dans sa partie inférieure. En conséquence, il est nécessaire de choisir de préférence, pour être comprimée, la région du globe oculaire immédiatement située au-dessus des tendons palpébraux; ensuite, on parcourt successivement les autres points de manière à ce que l'exploration porte en définitive sur tous ceux de la rétine qui sont accessibles à la pulpe du doigt. L'autre œil est interrogé de la même manière. Lorsqu'il s'agit de reconnaître une amblyopie, de préciser son siége, il faut de rigueur comparer séparément les phosphènes d'un œil avec les phosphènes de l'autre; et comme ordinairement la paralysie n'existe pas au même degré sur tous les points d'une seule et même rétine, *a fortiori* cette uniformité ne se remarque-t-elle presque jamais sur les deux rétines à la fois et prises ensemble. Alors, on comprime la région nasale de l'œil droit, par exemple, qui donne l'anneau avec ses apparences physiologiques; puis on en fait autant sur la même région du gauche, et lorsque le malade est parvenu à distinguer ainsi les deux phosphènes nasaux, on lui demande quel est le plus apparent, et si, après avoir répété une dizaine de fois l'épreuve, il reconnaît toujours une différence dans leur intensité lumineuse, en moins pour le gauche, je sup-

pose, on cherche immédiatement après la valeur numérique, en prenant le plus brillant pour type, et l'on trouve approximativement qu'il est de 1/5, 2/5, 3/5, 4/5 moins apparent : alors on marque les numérateurs de ces fractions sur le tableau dans les colonnes de l'œil gauche, et 5, expression de l'état normal, dans celles de l'œil droit. On constate par le même procédé la différence entre les deux phosphènes temporaux, et ainsi de suite pour les autres.

Les chiffres ainsi obtenus n'ont pas et ne peuvent avoir une valeur absolue, car en répétant l'expérience on n'arrive pas exactement aux mêmes résultats numériques, mais la différence en plus ou en moins est ordinairement facile à établir. Alors, au lieu d'écrire : « Le *nasal* droit est beaucoup plus apparent que le *nasal* gauche, » nous désignons par 5 le premier et par 1, 2, 3, 4, l'affaiblissement de la lumière du gauche comparé à celui du côté opposé. Toute donnée de cette nature, vérifiée à plusieurs reprises, quoique à des degrés peu marqués, nous suffit en l'état pour annoncer une différence correspondante dans la fonction visuelle de l'organe dont les phosphènes ont éprouvé cette réduction.

Inutile de recommander, dans ces circonstances, la plus scrupuleuse attention, les soins les plus minutieux, afin d'éviter les erreurs inséparables d'observations trop légères et trop peu renouvelées. Le malade viendra en aide au médecin, et sans fatiguer ses yeux, on devra s'assurer, la nuit surtout, des différences remarquées dans le jour par ce dernier.

Ces précautions prises, nous avons lieu d'espérer que nos confrères curieux de répéter nos expériences trouveront, dans l'altération de la forme, de la couleur et de la lumière des phosphènes, un moyen de donner au diagnostic de l'amblyopie la plus légère un degré de probabilité bien digne de fixer leur attention à cet égard.

5° Le *nombre des phosphènes* est indéfini comme les points qui forment la rétine, comme les positions que peut prendre la pulpe unguéale chargée de les produire, et si nous avons paru faire abstraction des anneaux intermédiaires, en désignant par des noms particuliers ceux d'entre eux seulement qui correspondent aux quatre points cardinaux du globe oculaire, c'est pour simplifier l'expression de notre pensée, et en même temps parce que, comme nous allons bientôt le voir, l'absence de l'un de ces derniers implique la plupart du temps la disparition de tous ceux du même côté.

Après cette courte explication nous allons entrer dans l'étude de leur disparition successive et en faire ressortir l'utilité théorique et pratique.

Le globe oculaire, lorsqu'il est dans son état physiologique, répond à la pression de ses quatre points cardinaux par la manifestation des anneaux photopsiques correspondant aux parties comprimées de la rétine. Voilà une règle à laquelle nous n'avons trouvé encore aucune exception. En conséquence, toutes les fois qu'un ou plusieurs des principaux phosphènes viendront à faire défaut dans un œil, on aura lieu d'y soupçonner un état amblyopique plus ou moins avancé. Si l'expérience est bien faite, que l'absence en question ne soit pas douteuse, l'affaiblissement de la vue existe, car la rétine ayant perdu une partie de sa sensibilité tactile, sa fonction spéciale est déjà troublée ou sur le point de l'être : l'autre œil perçoit, au contraire, les anneaux à l'extrémité de ses deux diamètres, sans aucun changement. On peut, sans autre donnée, désigner à coup sûr l'organe affecté : le malade attestera ensuite que c'est bien celui dont la vue est réduite, et s'il l'ignore, ce qui arrive quelquefois, après expérience faite, il conviendra de la différence et avouera ingénument ne s'en être pas aperçu, comme certains cataractés d'un côté, qui restent longtemps sans se douter de la perte qu'ils ont faite de la moitié de leur vue.

Voici à peu près dans quel ordre les anneaux disparaissent à mesure que l'amblyopie se prononce.

Au premier degré d'anesthésie de la rétine, le *phosphène jugal* cesse de se montrer sur les yeux saillants, sur ceux des myopes surtout; cette circonstance est d'ores et déjà d'un mauvais augure. En pareil cas, l'absence de cet anneau équivaut en signification diagnostique à celle du *frontal* chez les sujets presbytes, à globes oculaires aplatis et enfoncés. Pour ceux-ci, en effet, le défaut d'anneau *jugal* est beaucoup moins sérieux, à cause de la difficulté que l'on éprouve à porter la pulpe du doigt, ici tournée en bas, assez en arrière pour qu'elle puisse atteindre et comprimer la rétine dans sa partie sensible : d'où il résulte qu'il ne faut pas s'arrêter aux renseignements uniquement donnés par la pression de la région inférieure de l'œil trop rapprochée du plancher et du rebord orbitaires.

Après l'absence du *jugal,* vient celle du *frontal.* Celle-ci a un peu plus de valeur, soit parce que le fragment du cercle est plus grand, soit à cause de son intensité lumineuse constamment reconnue

supérieure, même à celle du *nasal*, qui est le plus complet de tous les anneaux périorbitaires ; la disparition de ce phosphène est toujours accompagnée ou précédée de celle du *jugal*, et tandis que, prise isolément, chacune de ces circonstances n'a qu'une faible importance, leur réunion constitue un signalement très-utile. Ce sont là les premiers avant-coureurs des prodromes anesthésiques de la pulpe rétinienne, et à ce titre nous ne saurions trop en recommander l'étude attentive. En effet, l'efficacité du traitement sera bien plus grande alors que la maladie ne fait que de commencer et qu'elle n'existe pour ainsi dire qu'en germe. Voilà pourquoi nous insistons sur la nécessité d'observer avec soin, toutes les fois que la vue est menacée, les deux phosphènes verticaux. C'est par leur absence qu'on parvient à reconnaître les premiers degrés d'altération de la rétine.

Lorsque l'anneau *temporal* disparaît sous l'influence des progrès de l'amblyopie ou de la disposition pathologique qui la prépare, il entraîne avec lui les deux précédents. Le *nasal*, dans l'immense majorité des cas, leur survit un certain temps. A ce point, l'asthénopie est d'ordinaire franchement dessinée et la vue considérablement affaiblie, surtout si l'œil qui a perdu ainsi ses trois phosphènes est le premier atteint, parce que, en général, on ne consulte le médecin que lorsque la vue a commencé à perdre de sa force ; mais tout nous fait penser que si l'organe avait été examiné avant cet affaiblissement, on aurait constaté l'absence du *jugal* et du *frontal*. La probabilité de cette induction, nous la tirons des faits nombreux dans lesquels, l'un des deux yeux étant amaurotique, ou fortement amblyopique, nous avons reconnu l'absence de trois anneaux dans l'autre, quel que fût d'ailleurs l'état de la vue, intégralement conservée, ou altérée d'une manière quelconque. Cette loi remarquable que nous avons reconnue dès les premiers temps de ces nouvelles recherches, nous la garantissons aujourd'hui, comme étant l'expression la plus vraie de notre expérience, et fondée sur des faits nombreux dont nous avons recueilli les principaux détails. Ils offrent tous un rapport intime avec celui que nous avons rapporté dans la troisième partie, où il s'agit d'une amaurose foudroyante, annoncée la veille par l'abolition de tous les phosphènes, à une époque où la vue s'accomplissait encore sans trouble apparent, sans autre différence que celle qui existe entre l'état chronique et l'état aigu.

Lors donc que les anneaux *frontal*, *jugal* et *temporal* ont disparu

dans un œil, on a la certitude de l'existence d'une lésion paralytique de la rétine, et si la vue n'a souffert encore aucun affaiblissement, on peut annoncer hardiment d'avance qu'il ne tardera pas à se dessiner.

Cette vérité fut comprise par un malade intelligent qui, ayant suivi jour par jour la diminution successive de la vue de l'œil droit jusqu'à son extinction définitive, avait remarqué les rapports les plus étroits entre le décroissement de cette faculté et celui des phosphènes. Consolé de cette perte par la confiance qu'il avait dans la conservation de l'autre œil, sa sécurité ne fut malheureusement pas de longue durée, car peu de temps après, la curiosité l'ayant porté à explorer lui-même ce dernier, il s'effraya à juste titre de ne pouvoir obtenir la moindre apparence du *temporal* et vint réclamer nos conseils, uniquement pour ces motifs, puisque sa vue, malgré cela, n'avait pas éprouvé le moindre changement, et que de cet œil *il* y voyait encore assez distinctement pour tuer, avec un fusil, à une grande distance, un petit oiseau perché sur un arbre. Nous partageâmes ses craintes, qu'un traitement actif et prompt n'empêcha pas de se réaliser en partie, car l'affaiblissement de la vue ne tarda pas à se manifester et fit des progrès pendant un certain temps, au bout duquel une amélioration s'est fait sentir. Un temps d'arrêt bien marqué ayant été obtenu, nous avons maintenant l'espoir de regagner le terrain perdu et de conserver la vue au point satisfaisant où elle est aujourd'hui. Toutefois nous ne serons pleinement rassurés que lorsque les phosphènes absents seront revenus comme à l'état normal : leur persistance à ne pas se montrer étant pour nous le signe certain d'une souffrance de la rétine dont la cause n'est pas encore dissipée. Les faits de cet ordre sont nombreux ; ils prouvent suffisamment, et surabondamment même, qu'un œil étant devenu amaurotique, l'autre est presque toujours amblyopique, sinon encore par la vue, du moins virtuellement par l'absence des trois phosphènes cités.

Très-rarement le phosphène *temporal* survit à tous les autres réunis ; son anneau est alors en général très-peu apparent, réduit dans sa forme, et malgré cela il se montre dans une grande partie de la moitié latérale du bulbe. Ce cas arrivant, la vue est réellement et non virtuellement affaiblie ; elle l'est au point de suffire tout juste à distinguer les masses et à guider le patient dans sa marche ; mais elle peut rester fort longtemps à ce point avant de s'éteindre tout à fait.

Sauf l'exception dont nous venons de parler, le phosphène *nasal* est celui qui s'éteint le dernier et dont l'influence se fait le plus fortement sentir sur le diagnostic et le pronostic de l'état de la rétine. Avec lui s'en va le don précieux de la lumière, qui ne peut longtemps lui survivre, sans subir, dans un temps plus ou moins rapproché, une profonde atteinte, et disparaître bientôt après.

Le *nasal* absent, tous les autres ont disparu ; la rétine n'est plus impressionnée par le toucher et cesse de l'être par la lumière. C'est ce que nous avons démontré du reste dans l'article précédent en traitant de l'amaurose. Aussi n'insisterons-nous pas davantage sur ce point, dont l'importance doit être en ce moment parfaitement comprise de tous nos lecteurs.

Appréciation de la disparition successive des anneaux.—On a peut-être déjà remarqué le rapport exact qui existe entre la grandeur des coches ou échancrures offertes par les anneaux entopsiques et leur signification séméiologique ; plus, en effet, l'échancrure est petite et plus est grande la valeur de l'anneau qui la porte : d'où il résulte un ordre hiérarchique en vertu duquel l'importance des phosphènes va toujours croissant depuis le *jugal*, réduit à un quart de cercle, jusqu'au *nasal*, dont la circonférence est presque complète.

C'est une véritable loi de gradation évidemment basée sur les rapports anatomiques des quatre points cardinaux de l'œil avec l'aire et le contour extérieur de la cavité orbitaire ; disposition sur laquelle nous avons trop longtemps insisté dans un de nos précédents articles, pour qu'il soit nécessaire d'y revenir. Bornons-nous à rappeler que le cercle lumineux est d'autant plus fini que la rétine est comprimée sur un point plus éloigné de sa ligne terminale ; or, en supposant que la paralysie débute par les zones les plus excentriques de cette membrane (là où sa structure anatomique se transforme probablement pour d'autres fins peu connues encore), pour envahir ensuite successivement et de proche en proche des parties de plus en plus profondes, la valeur graduelle des phosphènes s'établit naturellement ainsi qu'il suit : *jugal, frontal, temporal, nasal.* C'est-à-dire que l'absence du premier annoncera l'état anesthésique de l'extrême périphérie ; celle du deuxième, celui d'une zone plus reculée ; et celle enfin du troisième et du quatrième, d'autres zones plus reculées encore de cette membrane ; hypothèse que les faits pathologiques viennent corroborer, puisque l'observation démontre que l'absence du phosphène *jugal*

n'entraîne pas celle des autres; tandis que la disparition du *frontal* est ordinairement précédée de celle du *jugal*, la disparition du *temporal* de celle du *frontal*, et la disparition du *nasal* de celle du *temporal*.

De sorte que cette même disposition des parties extra-oculaires qui arrête le doigt explorateur à des points différents d'avancement sur le globe est on ne peut mieux appropriée à l'exploration de l'œil par les phosphènes; car cette exploration a lieu les paupières closes, dans l'ombre, et généralement dans des conditions telles que l'ophthalmologiste ne peut voir la position de l'organe et lui appliquer les procédés de mensuration ordinaire. On peut donc assimiler les différentes saillies cardinales de la cavité orbitaire à une espèce de *vernier* servant à la détermination des bandes diverses que le corps compresseur peut atteindre dans ces quatre parties. Ainsi la Providence semble avoir tout disposé ici pour concourir au perfectionnement de la nouvelle indication séméiologique. Lorsque la maladie a frappé de stupeur la zone à laquelle le doigt arrive dans la région nasale, la rétine entière est comme paralysée, et sa fonction suspendue ou anéantie, sauf quelques cas rares et exceptionnels.

L'observation nous apprend en outre que dans la généralité des cas la vue s'est conservée directe, malgré l'existence isolée du *nasal*. Ce qui prouverait ou tendrait à prouver que la sensibilité de la pulpe nerveuse est altérée dans toute sa circonférence périphérique et non sur l'une de ses moitiés latérales, supérieure ou inférieure, bien que l'hémiplégie oculaire ait déjà été observée plusieurs fois.

S'il en était autrement et que ce fût réellement le côté temporal de l'œil qui fût seul frappé, le côté interne ayant conservé sa sensibilité témoignée par la persistance de son phosphène, le bulbe deviendrait strabique; il se disposerait de manière à pouvoir bien distinguer les objets placés en dehors de l'axe optique, et, pour apercevoir ces mêmes objets situés en dedans, la tête aurait besoin de se trouver de ce côté, de dépasser de beaucoup la position ordinaire, afin de les mettre toujours en dehors de l'axe de la vue. Or, sauf quelques exceptions peu nombreuses, la fonction visuelle ayant lieu directement dans la généralité des amblyopies signalées par l'absence de trois phosphènes, il faut nécessairement admettre que l'insensibilité rétinienne ne se porte pas seulement en haut, en bas et en dehors de l'œil, mais encore à sa partie interne, que

si le *nasal* se montre malgré cette paralysie circulaire, c'est que le doigt qui le fait naître arrive jusqu'à un point de la rétine postérieur à la zone que l'affection a déjà envahie.

De là vient que la survivance d'un phosphène à celui ou à ceux qui le précèdent entraîne la réduction de son cercle en augmentant le segment manquant; que le *nasal* peut successivement perdre d'abord son aspect caractéristique pour prendre celui du *temporal*, du *frontal*, du *jugal*, et disparaître enfin après avoir été réduit à la dimension d'un simple point lumineux au dernier moment de son existence.

Lorsque l'influence morbide n'a pas uniformément agi sur toute la surface antérieure de la rétine, qu'une partie de zone demeure saine à côté et au milieu d'autres malades, alors l'ordre d'absence des anneaux lumineux se trouve interverti. C'est probablement pour ce motif qu'on rencontre exceptionnellement des amblyopes chez lesquels le *jugal* survit au *frontal* et le *temporal* au *nasal*, l'un et l'autre très-affaiblis dans leur lumière et amoindris dans leur cercle.

La conservation de la vue, malgré la disparition des phosphènes en partie ou en totalité, s'explique par la même hypothèse; les zones extrêmes de la rétine, y compris celle que le doigt peut atteindre, dans la région nasale, la mieux disposée pour le laisser pénétrer le plus en arrière possible, ces zones, disons-nous, en ce moment seules malades, la vision s'effectue encore par celles qui tapissent le fond de l'organe, quoique tous les anneaux aient disparu; seulement cet état, selon la nature de l'affection, son caractère aigu ou chronique, est prédestiné à s'aggraver tôt ou tard, si l'on ne parvient à limiter et à détruire la cause qui a privé ces bandes nerveuses de leur sensibilité visuelle; le mal gagne des parties périphériques au centre, plus particulièrement destiné à recevoir directement les impressions lumineuses, et l'amblyopie ou l'amaurose se prononce.

L'affaiblissement de la vue peut au contraire précéder la disparition des phosphènes. Nous en avons deux exemples seulement. L'un n'a pu être complété par l'exploration des flammes réfléchies du cristallin; mais il n'en doit pas moins figurer comme preuve de cette possibilité. Les phosphènes se montraient à peu près comme dans l'état physiologique, et cependant il y avait une amblyopie avancée avec des pupilles dilatées et paresseuses. L'autre, qui nous a été offert depuis par le sieur Ag..., a la plus grande ana-

logie avec le précédent; seulement les pupilles sont mobiles et médiocrement dilatées. Chez ces deux malades, nous avons remarqué une altération générale dans l'innervation musculaire. La vue, malgré sa diminution, était cependant encore suffisante pour distinguer les masses des objets et même certains détails. Le premier est mort des suites d'une maladie des reins et du cerveau, et le second est actuellement en voie de traitement. L'épreuve par les flammes nous a donné l'assurance que l'amblyopie ne pouvait être attribuée à l'altération des milieux diaphanes; celle faite par les essais de vision à l'aide de verres appropriés à la portée de la vue a exclu toute idée de myopie et de presbytie; donc l'affaiblissement de cette faculté dépend d'une souffrance de l'appareil nerveux cérébro-oculaire. Reste à déterminer quel est le lieu de cette souffrance et pourquoi les phosphènes se montrent encore alors que la sensibilité de la rétine semble être suffisamment atteinte pour que la pression du globe ne doive être suivie d'aucune sensation lumineuse, au moins sur trois de ses points cardinaux. Voici comment tout s'explique naturellement, à l'aide d'une hypothèse que les données de l'expérience nous autorisent à regarder comme l'expression de la vérité. L'existence des paralysies partielles, périphériques, latérales, supérieures, inférieures, étant déjà un fait hors de doute, tout porte à croire qu'il doit y en avoir de centrales, siégeant conséquemment sur une série de points de la rétine profondément situés et par là même inaccessibles au doigt explorateur; or, en supposant que ces points soient les premiers et les seuls actuellement atteints, les zones périphériques conservant encore leur intégrité fonctionnelle, l'affaiblissement de la vue peut évidemment coexister avec l'apparition des phosphènes, expression pure et simple de l'état des zones antérieures restées saines et au delà desquelles la configuration du rebord orbitaire ne permet pas d'aller porter la compression. Ce serait une disposition renversée du siége de la paralysie, relativement à ce qui arrive dans les cas ordinaires. Dans ceux-ci, l'affection débute par la circonférence, les phosphènes cessent de paraître en totalité ou en partie, et la vue se conserve bonne un certain temps par l'intégrité des zones centrales et profondes de la rétine; et dans les deux cas exceptionnels mentionnés, la même affection serait au contraire cantonnée à ces mêmes zones, la vue altérée et les phosphènes maintenus par les bandes antérieures dont la sensibilité tactile ne serait pas en souffrance. Que si l'œil pouvait être exploré dans toute son étendue, nul doute que

les phosphènes correspondant aux parties profondes ne fisssent défaut. Malheureusement nous n'avons jamais pu, en tournant l'organe du côté opposé à la pression, l'atteindre assez en arrière pour explorer la partie la plus voisine du nerf optique; quoique cette preuve expérimentale nous manque, nous n'en persistons pas moins à penser que l'affaiblissement de la vue, malgré la conservation des phosphènes, tient uniquement à l'existence d'une paralysie centrale de la rétine.

Nonobstant cette circonstance, on peut espérer le succès de toute opération entreprise dans le but de rendre la vue; et pour l'éventualité du degré d'acuïté de cette dernière, on a toute la chance qui existe entre la probabilité de l'existence d'une paralysie périphérique et celle d'une paralysie centrale dont l'extrême rareté a été par nous remarquée; car si la fonction, au lieu d'être simplement affaiblie, était au contraire anéantie, aucun phosphène n'apparaîtrait, et dans cette occurrence aucune opération ne serait tentée. Les cas d'anticipation de l'amblyopie sur l'absence des phosphènes ne peuvent être invoqués comme une infraction à la loi qui régit ces anneaux. Ils servent au contraire de base aux prémisses à l'aide desquelles on parvient à démontrer déductivement l'existence d'une altération de la rétine portant sur des points que le doigt ne peut directement explorer.

D'après ce que nous avons dit plus haut de la paralysie périphérique, de la disparition successive des phosphènes et des rapports intimes et constants de ceux-ci avec la marche ordinaire de l'amblyopie, il est aisé de déterminer rigoureusement *a priori* leur ordre de réapparition sous l'heureuse influence d'un traitement médical entrepris de bonne heure, convenablement et bien dirigé.

L'anesthésie rétinienne, dans sa marche rétrograde vers l'état normal, doit naturellement repasser, il est vrai, par les diverses phases ou degrés qu'elle a précédemment franchis; mais elle les parcourt nécessairement en sens inverse, passant du 4e degré au 3e, du 3e au 2e et du 2e au 1er. C'est donc le phosphène *nasal* qui doit se rencontrer le premier, puis vient le *temporal*, le *frontal*, et enfin le *jugal*. C'est-à-dire qu'ils reparaissent exactement dans l'ordre de leur importance hiérarchique. Tel est le résultat prévu par la théorie, et c'est surtout aussi ce que confirme l'observation, comme on peut s'en assurer en jetant un simple coup d'œil sur les nos 10bis, 11, 11bis, 48, 49 de notre tableau. Ainsi le sommeil ou la mort anesthésique de la rétine gagne de proche en proche

de la périphérie au centre, et le réveil ou la vie y revient en sens inverse du centre à la périphérie.

Les recherches les plus minutieuses ne nous ont pas permis de signaler l'existence du petit phosphène dans les paralysies de la rétine traduites par l'affaiblissement de la vue et la réduction dans le nombre des phosphènes lumineux ordinaires. Son absence sera donc regardée comme une simple présomption d'amblyopie lorsqu'elle aura été vérifiée plusieurs jours de suite chez un malade intelligent, habitué déjà à l'observation de ses phosphènes ; son diamètre étant trois ou quatre fois plus petit que celui du phosphène direct, son intensité lumineuse réduite en proportion, il doit nécessairement cesser de se montrer dès le moment que la rétine commence à être atteinte. En somme, il est plutôt le couronnement de la fonction que le signe d'une altération appréciable de la vue : c'est pour ce motif qu'il ne lui a été fait aucune place dans les colonnes de notre tableau d'observation.

RÉSUMÉ.

1° Nous entendons par les mots amblyopie, asthénopie, ophthalmocopie, kopiopie, toute altération de la vue actuelle ou imminente liée à un état anesthésique de la rétine.

2° Isolés ou réunis, les signes objectifs et subjectifs invoqués jusqu'aujourd'hui laissent presque toujours le praticien dans l'incertitude.

3° L'observation des phosphènes est au contraire un moyen sûr et facile de signaler l'amblyopie, de préciser son siége et ses divers degrés, offrant, en outre, dans quelques cas, le précieux avantage d'en faire prévoir l'invasion prochaine alors que la vue se conserve encore intacte, et éveillant ainsi de bonne heure dans l'âme du médecin des craintes fondées qu'un traitement préventif et énergique peut parfois empêcher de se réaliser.

4° La nouvelle indication, douée d'une précision remarquable, fondée sur l'observation rigoureuse et la logique, soumise à des règles fixes et à peu près invariables à l'aide d'un procédé d'investigation direct, aisé et prompt, offre à l'art une ressource précieuse, et à la science un élément rationnel et fécond.

5° La facilité de son obtention, en dépit de l'obscurcissement des milieux diaphanes de l'œil et de l'oblitération de la pupille, lui imprime ici, comme dans l'amaurose, un caractère d'inappréciable utilité, en rassurant l'opérateur sur l'état fonctionnel de la rétine,

ou en lui dévoilant l'existence d'une anesthésie à laquelle un traitement médical doit préalablement remédier.

6° Exclusivement relative au degré d'impressionnabilité conservé par la rétine, sa signification est nulle au point de vue étiologique ; et si, d'un côté, elle ne dit rien, absolument rien sur la nature de l'affection, de l'autre elle est toute-puissante lorsqu'il s'agit d'en limiter le siége et l'étendue sur cette membrane.

7° L'anesthésie rétinienne et ses divers degrés se traduisent par l'altération des phosphènes dans leur *grandeur*, leur *forme*, leur *couleur*, l'*intensité de leur lumière* et surtout la *réduction de leur nombre*.

8° La disparition d'un ou de plusieurs phosphènes dans l'amblyopie est un phénomène dont la valeur séméiologique s'accroit en raison directe de leur importance hiérarchique, fondée sur les rapports anatomiques des quatre points cardinaux de l'œil avec l'aire et le contour extérieur de la cavité orbitaire.

9° L'ordre d'importance qui en résulte s'établit donc naturellement ainsi qu'il suit :

Jugal, frontal, temporal, nasal.

Au premier degré d'anesthésie, c'est le *jugal* qui disparait ; au deuxième, c'est le *frontal*, au troisième le *temporal*, au quatrième le *nasal*. Celui-ci absent, les autres ne se montrent pas, ainsi de suite, en descendant jusqu'au *frontal*. Dans la disposition inverse, le *jugal* manquant, tous les autres lui survivent, et ainsi de suite en remontant jusqu'au *nasal*.

Quand, sous l'influence d'un traitement énergique et prompt, plusieurs phosphènes déjà disparus viennent à se montrer, la réapparition a lieu dans l'ordre de la survivance, de sorte que le *nasal*, éteint le dernier, est le premier à se manifester, puis viennent successivement le *temporal*, le *frontal*, et enfin le *jugal*.

10° L'absence du *jugal* indique que la zone terminale seule est frappée d'anesthésie ; celle du *frontal* signale ses progrès sur une zone plus reculée ; enfin celle du *temporal* et du *nasal*, sur d'autres zones plus reculées encore.

11° La survivance exceptionnelle d'un phosphène en dehors de cette règle ne saurait infirmer l'existence d'une paralysie périphérique ; seulement, il faudrait admettre, à cette occasion, que des zones intermédiaires auraient conservé sur quelques points un reste de sensibilité, et ces cas rentreraient alors dans la catégorie

des paralysies partielles latérales, supérieures, inférieures de la rétine.

12° En conséquence, l'état amblyopique sera d'autant plus grave qu'il y aura plus de phosphènes éclipsés, sauf les cas ci-après :

13° L'un des deux yeux étant amaurotique, nous avons presque toujours reconnu l'absence de trois anneaux dans l'autre, quoique la vue y fût intégralement conservée. Nous donnerions volontiers à cet état particulier de la membrane le nom d'amblyopie virtuelle ou en puissance, l'expérience nous ayant appris que plus tard la vision finissait ordinairement par perdre de son acuïté et par s'abaisser même insensiblement jusqu'à l'amaurose. La conservation de la vue, malgré la disparition d'une grande partie des phosphènes, est l'indice d'une paralysie périphérique, et suppose nécessairement l'intégrité de la portion profonde et centrale de la rétine.

14° Si, au contraire, dans quelques cas exceptionnels, l'affaiblissement de la vue peut, ainsi que nous l'avons observé deux fois, précéder l'absence des phosphènes, c'est qu'alors la paralysie occupe primitivement et exclusivement encore la calotte ou cupule centrale de la rétine, les zones périphériques continuant à jouir de leur intégrité fonctionnelle.

15° Ainsi éclairé sur le siége spécial et la marche de la maladie qui nous occupe, l'expérimentation, d'un côté, nous conduit à établir, en thèse générale, que l'amblyopie commence, dans l'immense majorité des cas, par la périphérie ou zone antérieure de la pulpe rétinienne ; de l'autre, la logique nous montre, comme conséquence rationnelle des faits observés, qu'elle peut siéger primitivement au centre.

16° Le petit phosphène ou anneau indirect n'exprimant, selon nous, que le plus haut degré de perfection de la faculté visuelle, son absence ne saurait être le signe d'une altération quelconque de la rétine.

17° L'annotation numérique ou par chiffres concourt puissamment à favoriser l'étude de l'amblyopie par les anneaux lumineux. Elle donne à l'observateur une facilité extrême pour saisir d'un clin d'œil une foule de différences et des rapports qu'on irait péniblement et peut-être vainement chercher dans le texte le plus laconiquement écrit.

A peine est-il besoin d'ajouter que nous sommes loin, bien loin de prétendre avoir tout dit sur l'application des phosphènes à

l'étude de l'amblyopie. De même que les précédents, ce cinquième chapitre n'est pour ainsi dire qu'un premier pas dans la voie nouvelle que nous avons ouverte, et, à ce titre, on voudra bien nous pardonner les imperfections qu'on y rencontrera sans doute. — Mais nous pouvons certifier qu'il est facile aujourd'hui de reconnaître l'œil amblyopique sans déclaration préalable du malade, sans voir l'œil, sans examiner l'état de la pupille, les paupières fermées, la tête recouverte au besoin d'un voile épais; dans l'obscurité la plus profonde, le doigt suffit à l'exploration de la rétine, pourvu que le sujet fasse part de la sensation qu'il a éprouvée; et cela, à une époque si peu avancée de l'anesthésie qu'aucun signe ne saurait rien révéler sur son existence, pas même l'état de la vue, lorsque les milieux réfringents ont conservé leur transparence. L'expérience nous a prouvé que mainte fois, sur le fait seul de la réduction dans le nombre des phosphènes, nous avons annoncé l'apparition d'une amblyopie prochaine, et malheureusement nos prévisions se sont réalisées.

EXAMEN D'UN OEIL OPÉRÉ DE LA CATARACTE PAR EXTRACTION, QUINZE ANS AVANT LA MORT DU MALADE;

par le docteur FOLLIN,

secrétaire de la Société de Biologie de Paris, etc.

(Note lue à la Société de Biologie.)

Un homme succomba dans le service de M. Rayer, le 12 septembre 1850, à une phthisie tuberculeuse; il portait à l'œil gauche une cataracte, et à l'œil droit il avait été opéré, il y a quinze ans, par M. Roux, d'une affection analogue. Le procédé mis en usage avait été l'extraction, et l'on voyait encore sur la cornée une ligne cicatricielle, blanchâtre, semi-circulaire, à convexité inférieure, d'un centimètre environ d'étendue. Cette cicatrice linéaire siégeait à une ligne de l'union de la sclérotique avec la cornée.

Les résultats de l'opération avaient été satisfaisants, et de l'œil opéré le malade pouvait facilement distinguer les objets et même lire. A l'œil gauche la vision avait presque complétement disparu.

Ces détails, que j'avais recueillis de la bouche même du malade, m'engagèrent à examiner avec soin l'état anatomique de ses deux yeux. J'avais surtout le désir de constater la disposition de l'œil que M. Roux avait opéré par l'extraction. Voici dans quel état je trouvai les parties :

La cornée présente seulement à son bord inférieur la ligne cicatricielle que j'ai déjà mentionnée.

La couleur de l'iris est grisâtre; sa face antérieure semble parcourue par un grand nombre de stries grises posées sur un fond noir ; mais ce qu'il y a de plus remarquable dans la disposition de l'iris, c'est l'adhérence du segment inférieur de son bord pupillaire à la cicatrice de la cornée; par suite de cette adhérence la régularité de la pupille est détruite.

La place du cristallin est occupée par une lentille qui m'a paru formée par la capsule antérieure et la capsule postérieure du cristallin rapprochées l'une de l'autre. Cette lentille, d'un volume moindre qu'à l'état normal, est d'un blanc opaque à sa circonférence, et au centre elle est transparente dans une assez petite étendue ; c'est par ce trou dépourvu d'opacité que la vision pouvait se faire distinctement.

Je poussai plus loin l'examen, et en disséquant avec soin l'appareil cristallinien, je constatai facilement la présence :

1° De deux feuillets primitifs de la capsule, assez transparents lorsqu'on en avait détaché les fragments d'une matière blanchâtre qui la doublaient à l'intérieur ;

2° Entre ces deux feuillets, dans la portion de la lentille qui avoisinait sa circonférence, j'ai dit qu'il existait une matière blanchâtre et grumeleuse; cette matière, examinée au microscope, contenait une masse amorphe, quelques globules arrondis, des plaques formées par une réunion des fibres parallèles du cristallin.

Dans l'autre cristallin, le microscope montrait, au milieu des fibres qu'on voit à l'état normal dans cet organe, des cristaux très-manifestes et assez nombreux de cholestérine. L'existence de produits cristallisés dans l'intérieur des lentilles cataractées est un fait qui n'a point été signalé par les anatomo-pathologistes. Un membre de la Société de Biologie, que la mort nous a malheureusement enlevé, le docteur Desir, avait déjà constaté avec M. Rayer l'existence de cristaux dans l'intérieur d'une cataracte, mais il n'avait pas déterminé la nature de ces produits cristallisés. Dans le cas que j'ai observé, il est certain que j'avais sous les yeux des plaques de cholestérine.

Cette pièce est intéressante au point de vue de ce qu'on a nommé la *reproduction du cristallin*. On ne peut pas avancer qu'il y ait eu ici reproduction de la lentille extraite. En effet, ce que nous avons

trouvé entre les deux feuillets de la capsule, c'est un dépôt qu'on laisse constamment quand on extrait le cristallin. Tout le monde sait que les couches de cet organe sont d'inégale densité ; les plus extérieures sont les plus molles, les plus internes ont, au contraire, une certaine dureté. Dans l'extraction, en laissant la capsule en place, les couches extérieures, molles, ne se détachent qu'en partie de la capsule ; la portion qui reste adhère à la face interne des feuillets capsulaires, et, à la suite de la rétraction que ceux-ci éprouvent, il se forme un noyau d'une masse blanchâtre que, dans beaucoup de cas, on a pris pour une reproduction du cristallin.

NOTE SUR L'OPHTHALMIE QUI A RÉGNÉ ÉPIDÉMIQUEMENT PARMI LES TROUPES DE LA GARNISON DE PORTO.

Extrait d'une lettre adressée au docteur FLORENT CUNIER,

par le docteur JOSÉ BARBOSA LEÃO,

médecin militaire portugais.

Désireux de mettre de l'ordre dans les documents que nous voulons soumettre à nos lecteurs au sujet de l'ophthalmie de l'armée portugaise, nous avons dû retarder jusqu'à ce jour la publication de l'extrait suivant d'une lettre qui nous a été adressée par notre estimable confrère et ami, M. le docteur Leao.

Nous donnerons dans notre prochain numéro la suite du rapport à la Société de médecine de Lisbonne, dont les deux premières parties ont déjà paru (*V. ci-dessus*, pp. 41-54); il nous restera alors à jeter un coup d'œil sur la discussion, malheureusement longue, souvent diffuse ou remplie de personnalités, qui a eu lieu au sein de cette société. De cette façon, nous aurons mis nos lecteurs à même de décider si l'opinion que nous avons émise dans notre lettre à S. E. M. le comte d'Azinhaga (1) était fondée ou non. En présence de ce qui a déjà paru dans nos *Annales*, nous croyons inutile de dire que nous persistons plus que jamais dans notre sentiment, et que nous voyons avec douleur nos confrères portugais considérer la cessation du règne épidémique de la maladie comme un indice certain de sa disparition définitive. F. C.

(1) Voir *Annales d'Oculistique*, t. XXIII, pp. 76-99.

LETTRE DU DOCTEUR LEAO.

« Je suis heureux de pouvoir vous annoncer, mon cher M. Cunier, que l'ophthalmie de notre armée est presque éteinte, à Porto du moins. Vous jugerez par ce qui suit du degré de gravité qu'a présenté l'épidémie.

» C'est au mois de mai 1850 qu'elle s'est manifestée. Les malades reçus à l'hôpital depuis cette époque se divisent ainsi :

	mai.	juin.	juillet.	août.	septembre.	octobre.	total général.
9e bataillon de chasseurs.	3	18	28	19	6	1	75
Garde municipale . . .	2	1	»	»	1	»	4
2e bataillon d'infanterie.	»	5	6	8	5	2	26
6e » »	»	12	10	9	2	»	33
Totaux.	5	36	44	36	14	3	138

» Le samedi 26 octobre 1850 il ne restait plus à l'hôpital que 11 de ces malades.

» Le chiffre de 138 ne représente pas précisément le nombre des ophthalmiques; il faudrait, pour qu'il fût exact, y comprendre quelques soldats qui étaient en traitement à l'hôpital pour d'autres maladies lorsqu'ils y ont contracté le mal, et d'autres chez lesquels l'affection a été trop légère pour nécessiter l'envoi à l'hôpital.

» J'ai visité dans les corps tous les soldats qui avaient été atteints, et je peux vous assurer que chez presque tous il est impossible de retrouver des vestiges de la maladie. Les conjonctives de quelques-uns sont encore incrustées d'un peu d'acétate de plomb.

» Je n'ai pas borné ma visite aux seuls soldats ayant souffert d'ophthalmie; j'ai aussi examiné les yeux de la plupart des autres. J'ai tout simplement trouvé chez quelques-uns la conjonctive palpébrale inférieure légèrement injectée, comme cela arrive dans les ophthalmies catarrhales peu intenses; un soldat présentait en outre quelque chose de semblable à des granulations indolentes très-peu développées.

» Parmi les 11 ophthalmiques qui se trouvent à l'hôpital, chez 4 seulement la maladie ressemble à l'ophthalmie militaire; leurs conjonctives présentent des granulations bien manifestes, et cet aspect velouté qui semble particulier à cette espèce de maladie. Un de ces malades se trouve à l'hôpital depuis six mois; c'est le plus anciennement affecté et le seul dont la vision soit compromise; il porte des granulations charnues on ne saurait plus développées, et un pannus vasculaire à travers les ramifications duquel on distingue la cornée, qui offre un aspect blanchâtre, comme si elle était recouverte dans toute son étendue par un albugo léger. Chez les autres, la maladie m'a paru offrir tous les caractères d'une ophthalmie catarrhale.

» Ainsi donc, durant les six derniers mois, 138 ophthalmiques appartenant à la garnison de Porto ont dû être admis à l'hôpital, et, à l'excep-

tion de 11, tous sont parfaitement guéris, à ce point qu'aucun d'eux ne présente de granulations, ou la moindre tache des cornées. Pour ce qui est des 11 malades qui restent en traitement, 7 seront promptement guéris; les 4 autres traîneront sans doute quelque temps, mais 3 d'entre eux guériront complétement, le quatrième restera probablement aveugle.

» Je dois vous dire que le 9e bataillon de chasseurs, qui a fourni le plus grand nombre d'ophthalmiques, occupe la même caserne que le 2e bataillon d'infanterie. L'édifice dans lequel ils sont logés est peut-être le meilleur des logements militaires du Portugal; il est parfaitement symétrique et chacun des deux corps a la jouissance de la moitié du local. Les soldats de la garde municipale, simple corps de police, ne sont pas casernés; ils n'ont avec la troupe que des rapports de service. Le 6e bataillon d'infanterie est logé dans une caserne à part. Comme celle du 9e chasseurs et du 2e d'infanterie, cette caserne est parfaitement tenue et très-bien ventilée.

» Le 9e et le 12e bataillon d'infanterie sont casernés ensemble dans un local bien bâti et bien situé; toutes les règles de l'hygiène y sont observées; on pourrait dire, toutefois, que l'espace est un peu restreint pour le nombre d'hommes que comptent les deux bataillons.

» A l'exception du 9e bataillon de chasseurs, les divers corps de la garnison de Porto sont organisés depuis longtemps. J'ai servi autrefois dans le 6e bataillon d'infanterie, et je puis affirmer avec connaissance de cause que depuis 1834 (et je ne sache pas que cela ait eu lieu auparavant) l'ophthalmie n'a jamais régné épidémiquement dans la garnison.

» Le 9e bataillon de chasseurs a été formé à l'aide de contingents tirés d'autres corps, y compris le 3e d'infanterie, contingents qui ont été réunis à Porto le 1er mars dernier (1850). On a dit que l'ophthalmie a été importée par le contingent du 3e d'infanterie, où elle a sévi à la fin de l'année dernière (1849) et au commencement de celle-ci, et où elle règne même encore en ce moment, mais avec une intensité progressivement moindre. Le fait de cette importation est possible; il est très-remarquable toutefois que les 5 premiers malades qui sont entrés à l'hôpital appartenaient, 3 au 9e chasseurs et 2 à la garde municipale, qui n'a avec les chasseurs aucun rapport soit de service, soit de toute autre nature . . . .

» Je ne peux rien vous dire au sujet de l'ophthalmie qui règne dans le 3e d'infanterie, à Vianna; tout ce que je sais, c'est qu'elle a été très-grave ou très-mal soignée, car elle a occasionné un très-grand nombre de cas de cécité.

» Pour ce qui concerne la thérapeutique employée à Porto, le nitrate d'argent en a formé la base; on l'a employé en collyre à petites doses (gr. j par ℥j d'eau), en solution plus ou moins concentrée (gr. xx-xxx par ℥j), en pommade (celle de Guthrie) et en crayon. Chez les malades jeunes et robustes, on a eu recours aux émissions sanguines générales et

locales, et on a trouvé qu'elles favorisaient la guérison. Les vésicatoires ont été généralement sans effet. La pommade mercurielle belladonée, employée en frictions autour de l'orbite, les purgatifs, le calomel (à doses altérantes), ont rendu les meilleurs services. On m'a dit que l'acétate de plomb a été employé sans résultat, sans doute parce qu'on ne l'a pas appliqué en se conformant aux règles de la méthode de M. Buys.

» Il n'a été institué aucune mesure prophylactique; il n'a pour ainsi dire été pris aucune précaution pendant toute la durée de l'épidémie.

» Voilà tout ce que je peux vous dire actuellement au sujet de l'ophthalmie de Porto. Il se peut que j'aille à Vianna; dans ce cas, je vous ferai part de ce que j'y aurai vu. Pour ce qui est de l'ophthalmie de Lisbonne, je sais vaguement qu'elle commence à disparaître; je me rendrai incessamment dans cette capitale, et je vous entretiendrai de cet objet . . .

» Porto, 30 novembre 1850.

» Dr José Barbosa Leao. »

II. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Die sogenannte egyptische Augenentzündung, oder die Catarrh, die Blennorrhöe und das Trachom der Bindehaut, mit besonderer Berücksichtigung der beim Militair vorkommenden Formen; von Ignaz Gulz, Doctor der Med. und Chir., Magister der Augenheilk., emerit. Assistenten der Klinik f. Augenkranke der Wiener Hochschule, Armenaugenarzte des Haupt-en Residenzstadt, u. s. w. — Wien, 1850, J. Kech u. Sohn. 8° pp. 147.

L'auteur entre en matière par des considérations sur l'anatomie et la physiologie de la conjonctive. Cette partie de l'ouvrage est complète; toutefois elle n'ajoute rien de nouveau à ce qu'a écrit à ce sujet M. le docteur De Condé dans les *Annales d'Oculistique*, t. XX, 1849, pp. 3 et suivantes.

D'après M. Gulz, le fluide qui lubrifie sans cesse l'organe oculaire paraît, à l'œil nu, constituer un liquide homogène; mais à l'aide du microscope, on aperçoit dans ce fluide limpide une foule de parcelles d'épithélium, de corpuscules muqueux et aussi quelques globules graisseux. Il est légèrement alcalin et composé, sur 100 parties, de 99 parties d'eau et de 1 p. de substance solide formée de mucus, de chlorures de sodium et de soude, de phosphates de chaux et de soude.

L'auteur pense qu'on devrait bannir du langage oculistique l'expression d'*ophthalmie d'Égypte;* s'il l'a employée parfois, c'est afin de faire connaître à ses lecteurs l'objet dont il a voulu s'occuper. En effet, pour lui, l'ophthalmie granuleuse ne tire pas exclusivement son origine de l'Égypte, et d'ailleurs toutes les épidémies d'*oph-*

thalmies militaires sont loin d'avoir partout le même caractère. C'est pour ces motifs qu'il comprend sous le nom d'*ophthalmie d'Égypte* un assemblage de maladies qui sont totalement différentes dans leur développement pur et simple, et qui n'ont entre elles que certaines analogies superficielles ; au reste, ces maladies, fait-il remarquer, non-seulement ne s'excluent pas réciproquement, mais, dans des périodes déterminées de la marche et de l'issue du travail morbide, elles se montrent réunies de diverses manières, et peuvent ainsi amener une espèce de formes hybrides qui donnent facilement lieu à des opinions erronées sur les épidémies qui se présentent.

« Je m'efforcerai, ajoute-t-il, d'éviter autant que possible l'expression d'*ophthalmie d'Égypte*, et je ne l'emploierai que pour parler des trois affections oculaires qui se montrent *endémiquement* ou *épidémiquement* (?), à savoir le *catarrhe*, la *blennorrhée* et le *trachoma*. »

Comme nous avons déjà eu plusieurs fois l'occasion de nous expliquer sur l'origine égyptienne plus ou moins probable de l'ophthalmie dite militaire, nous ne croyons pas devoir nous en occuper de nouveau ici ; nous allons donc continuer l'examen du livre intéressant de M. Gulz.

Il s'occupe tout d'abord du *catarrhe de la conjonctive*, qu'il définit ainsi :

« *Le catarrhe de la conjonctive est ce processus inflammatoire, superficiel, dans lequel il y a augmentation de rougeur, gonflement et boursouflement de cette membrane ;* ensuite sous l'influence de sensations subjectives devenant plus prononcées, a lieu une exsudation morbide et séro-albumineuse, qui se fait en partie à la surface libre de la conjonctive, ou aussi en partie dans les tissus adjacents. »

L'auteur décrit dans ce chapitre les formes aiguë ou chronique sous lesquelles se présente ordinairement l'affection : cette description, assez complète, ne contient pourtant rien de nouveau, comme tout ce qui a trait aux causes, à la durée, au traitement du catarrhe oculaire.

Vient ensuite le chapitre consacré à la *blennorrhée de la conjonctive*. Nous laissons parler l'auteur :

« Quand la cause morbide a produit son action sur la conjonctive, on voit, au bout d'un temps plus ou moins long, apparaître la congestion des vaisseaux de cette membrane avec une augmentation du gonflement actif du corps papillaire. La sécrétion de la conjonctive devient plus abondante, l'épithélium en est enlevé. Bientôt avec ce liquide séreux se

produit un exsudat composé d'albumine et de fibrine (ce qu'ont prouvé les recherches microscopiques) : cet exsudat se transforme rapidement et en partie en un fluide purulent, ou bien il se solidifie en partie sous forme de membrane; on y rencontre des cellules granulaires avec un ou plusieurs granules, des cellules caudées et des fibres distinctes. Déjà, pendant la période qui précède l'exsudation, la partie solide la plus coagulable donne lieu à ce tissu celluleux qui va servir de base aux productions ultérieures qu'on a appelées *granulations,* qui bientôt seront pourvues de vaisseaux se développant peut-être par l'allongement de ceux qui dérivent de la production mère. Si la sécrétion, par suite de la marche rétrograde de la stase inflammatoire, a atteint son degré ultime, ce qui limite aussi la formation du pus, et si elle est remplacée par un fluide purement séreux, les granulations dont il vient d'être question persistent encore pendant quelque temps, jusqu'à ce que peu à peu elles disparaissent par le retour du tissu à son état normal (ce qui n'a lieu que dans des circonstances favorables). — L'épanchement séreux dans le parenchyme est un phénomène complémentaire. On peut ranger l'exsudat de la blennorrhée parmi les productions croupales....

» Dans la pratique nous distinguons la blennorrhée en *aiguë* et en *chronique,* selon que l'exsudation se fait rapidement ou d'une manière relativement lente.

» Dans le processus blennorrhoïque on distingue trois degrés : celui de la sécrétion (l'augment), celui de l'exsudation confirmée et celui de sa marche rétrograde (déclin).

« J'admets, pour la période d'augment, deux degrés, selon que le processus se borne principalement à la conjonctive palpébrale (tarsienne et du repli) ou selon que le globe de l'œil est affecté en même temps ; j'appelle le premier degré *blépharoblennorrhée,* et le second *ophthalmoblennorrhée.* »

Nous passerons sur ce que l'auteur dit de l'infiltration de la conjonctive sclérotiçale, pour nous arrêter au paragraphe dans lequel il s'occupe de la *forme chronique suite de la blennorrhée aiguë,* et en particulier des *granulations.*

Les productions d'un rouge foncé, plus ou moins proéminentes, en forme de choux-fleurs, qu'on a appelées granulations, et qui recouvrent la conjonctive, peuvent être confondues à un examen superficiel avec le trachoma. Elles en sont cependant distinctes, et il est utile d'en établir la distinction pour la pratique.

« Je crois, dit M. Gulz, qu'on ne doit donner le nom de granulations qu'au trachoma, et qu'il faut appeler les productions conjonctivales de la blennorrhée excroissances, quoique ce nom ne soit pas tout à fait approprié. L'expression de végétations ne leur convient pas, car aucune

partie de la conjonctive ne peut être le siége d'une véritable végétation. Beaucoup de médecins, et même des ophthalmologues, ont encore aujourd'hui l'habitude de considérer les excroissances de la conjonctive comme des hypertrophies du corps papillaire; on peut objecter à cette opinion : *a*) il n'est pas vraisemblable que le corps papillaire puisse en si peu de temps acquérir un volume 50 fois plus considérable que celui qu'il possède à l'état normal; *b*) à cause du grand nombre de papilles, ne serait-il pas incompréhensible que, transformées toutes en masses hypertrophiées, elles pussent trouver assez de place l'une à côté de l'autre pour que ce développement se fît? Le processus blennorrhoïque étant étendu à toute la muqueuse palpébrale, il n'y pas de motif d'admettre que l'hypertrophie ne se rencontre que dans certaines papilles; *c*) les véritables hypertrophies ne se développent pas d'habitude aussi rapidement que cela a lieu dans le cas actuel ; *d*) on rencontre aussi de semblables productions là où l'anatomie a démontré qu'il n'existait pas de papilles, par exemple sur la sclérotique, près du repli; *e*) les papilles anatomiques, à part leur épithélium, sont formées d'un tissu celluleux à fibres plus parallèles, dans lequel s'élève, sans se ramifier, une sorte de vaisseau capillaire qui ressemble à un vaisseau qui en reviendrait comme une veine; il y existe en outre des filets nerveux arqués et entrelacés. Les excroissances, au contraire, ne se montrent que comme des produits d'exsudation dilacérés, qui subissent plus ou moins vite sur la conjonctive palpébrale une transformation qui les lie au tissu de la conjonctive, et qui sont en communication par de nombreux vaisseaux avec la partie qui leur a donné naissance, sans que tous les filets nerveux y participent; *f*) si les productions végétantes étaient de véritables hypertrophies, elles devraient être douloureuses lorsqu'on les touche, car la douleur qu'on y ressent lorsqu'on les excite ou les cautérise dépend de leur déchirure et est relative à la lésion qu'éprouvent les parties situées dans leurs interstices.

»Les productions qu'on rencontre dans les blennorrhées chroniques et qui ont un aspect velouté ou bien encore celles qui, dans les mêmes circonstances, présentent une teinte foncée de la conjonctive qui est comme sablée, sont les seules qu'on puisse considérer comme des hypérémies passives du corps papillaire, peut-être accompagnées d'une légère infiltration séreuse. On ne les voit pas seulement dans les blennorrhées, mais elles apparaissent dans toutes les irritations chroniques de la conjonctive. Les excroissances symptomatiques de la conjonctive dans d'autres maladies, telles, par exemple, que la chalaze développée sur le bord des paupières, ou quand des corps étrangers séjournent pendant longtemps dans le repli conjonctival, etc., sont, à en juger par leur aspect extérieur, tout à fait semblables aux productions de la conjonctive, qui accompagnent les blennorrhées ou subsistent après elles. »

Causes, fréquence et extension de la blennorrhée conjonctivale. — Il n'a pas été possible, jusqu'à présent, de déterminer positivement l'influence que l'âge et le sexe, le genre de vie et la constitution, la race ou le climat, le genre d'affection oculaire ou de maladie générale, exercent sur le développement de la blennorrhée. On sait seulement qu'une conjonctive qui est le siége d'une activité vitale élevée, est plus apte à contracter la blennorrhée qu'une conjonctive saine, et que le processus morbide y acquiert alors un plus haut degré d'intensité. L'histoire de cette maladie nous apprend qu'elle peut aussi bien régner *sporadiquement* (ou isolément) que s'étendre à un grand nombre d'individus (être *endémique*), ou revêtir, comme l'on dit, le caractère *épidémique*.

Des expériences et des observations répétées mille fois ont prouvé que la sécrétion purulente de la conjonctive transportée sur une conjonctive saine peut y déterminer le même processus que sur la première, et que c'est là la seule cause de la blennorrhée. Ce pus possède, par conséquent, une puissance contaminante, et le *contagium* est la seule cause de la blennorrhée dont on ait prouvé l'existence jusqu'à présent. L'auteur n'admet d'ailleurs la contagion que par le *transport direct* du pus dans l'œil; il ne pense pas que la contagion puisse être médiate et que l'air serve alors de véhicule au *contagium*. Cependant il paraît que, dans la pratique, il n'est pas tellement convaincu de cette opinion qu'il n'ait recours à certaines mesures qui ne peuvent être réputées utiles que pour autant que l'on admette la contagion à distance. Nous sommes d'avis, avec beaucoup d'auteurs, que dans une affection aussi grave que l'est parfois la blennorrhée aiguë, il est bien plus prudent, même en admettant que la contagion à distance ne soit pas tout à fait et toujours hors de contestation, de considérer le fait comme possible et de prendre en conséquence toutes les mesures que réclame cette éventualité.

Voici maintenant des circonstances toutes spéciales qui ne sont pas sans importance dans le développement des blennorrhées, et dont il est bon de tenir compte dans la prescription des mesures prophylactiques : le séjour d'un trop grand nombre d'individus dans des endroits bas, remplis de fumée, de poussière, de miasmes, et dont l'atmosphère est imprégnée d'émanations putrides provenant de substances végétales ou animales en décomposition; on peut y ajouter l'action d'un vent piquant, le défaut ou l'excès ou la répartition inégale de la lumière, l'absence des soins de propreté, un

degré de chaleur trop élevé, un changement de température subit, etc., enfin toutes les causes qui agissent en irritant la conjonctive et peuvent produire le catarrhe oculaire ou en augmenter l'intensité.

Traitement de la blennorrhée. — Pour combattre les prodromes du mal, quand surtout on a lieu de soupçonner que le malade a été exposé à la contagion, l'auteur ne connaît pas de meilleur moyen que les fomentations froides. Nous ne saurions aussi trop recommander le froid dans le principe de cette affection comme moyen abortif, surtout si on a soin de l'employer d'après la méthode du professeur Langenbeek que nous avons fait connaître dans ce journal.

Lorsqu'on n'est pas parvenu à arrêter la sécrétion purulente, qui indique alors le premier degré du mal, c'est surtout aux émissions sanguines locales et générales qu'il faut avoir recours; on fait ensuite deux ou trois fois par jour des instillations avec un collyre composé de 6 à 10 grains de nitrate d'argent par once d'eau distillée. Il faut peu compter sur l'efficacité des moyens internes, même sur le tartre stibié donné à doses fractionnées. Les révulsifs cutanés ont aussi en général peu d'utilité.

L'auteur attribue la plus grande importance dans le traitement de cette forme des blennorrhées aux instillations de nitrate d'argent, dont l'efficacité a été si souvent constatée, dans ces derniers temps, par une foule d'observateurs qui les considèrent comme le moyen le plus sûr d'arrêter la marche ascendante de la maladie.

Pour combattre les douleurs violentes qui occupent parfois toute la tête et qui sont accompagnées d'agitation et d'insomnie, on prescrit avec beaucoup d'avantage, dans le deuxième degré de l'affection, le sulfate de quinine joint à l'acétate de morphine de la manière suivante : ℞ *sulf. chinin.* gran. x et ultrà, *Acet. morphin.* gran. 1/8-1/4, *Sacch. albi* gran. v. Faites une poudre à prendre en une fois. On se rappellera que ce moyen, employé d'abord par Kluyskens, a été vanté depuis par M. Gobée, chirurgien-major hollandais et par d'autres.

Si on n'obtient pas d'amélioration par le traitement indiqué dans la première période, on a recours alors à l'excision ou à la scarification d'une partie de la conjonctive. Lorsque cette opération est pratiquée avec hardiesse et de manière à produire un dégorgement suffisant de la conjonctive, elle peut produire les meilleurs effets et concourir efficacement à conserver la cornée, alors même que

cette membrane est déjà sérieusement menacée. L'auteur conseille en outre de fermer l'œil sain au moyen de taffetas anglais et d'une compresse pliée en double qu'il place par-dessus; c'est, selon lui, un moyen qui ne lui a jamais fait défaut pour mettre l'œil sain à l'abri de toute participation à la maladie.

Le traitement de la forme chronique ne présentant rien de particulier, nous n'en parlerons pas ici; il en est de même de la partie où il est question des suites de l'affection.

La dernière division du chapitre sur les blennorrhées est consacrée au traitement des malades réunis en plus ou moins grand nombre dans un même établissement; l'auteur estime qu'il faut les distribuer en deux catégories comprenant les cas aigus et chroniques. Il indique ensuite quelles sont les meilleures mesures à prendre pour empêcher l'extension ou l'aggravation du mal que la contagion peut propager au moyen de tout ce qui entoure ou de tout ce qui a servi aux malades, et dont il faut avoir soin d'éloigner autant que possible les individus sains. Les literies, les pièces d'habillement, le linge, etc., seront d'ailleurs désinfectés ou convenablement lavés.

Nous allons maintenant suivre l'auteur dans la partie de son ouvrage consacrée au *trachoma*.

Du trachoma. — *Rugosité de la conjonctive palpébrale, asperitudo, morum palpebrae internum, ophthalmie d'Égypte dans le sens restreint du mot, ophthalmia granulosa, etc.* — On peut dire, en termes généraux, que « *le trachoma est un processus de la conjonctive dans lequel se manifeste, sous l'épithélium de conjonctival, l'exsudation d'un produit visqueux, gélatineux, susceptible d'organisation, affectant la forme de petites masses circonscrites* (vésicules, tubercules); *ou bien il se présente comme une infiltration qui a lieu dans les autres tissus ou dans les parties voisines et même à la surface.* Dans le principe, *ce processus marche très-lentement sans phénomènes de réflexion remarquables; ou bien il s'annonce avec beaucoup de violence, avec des phénomènes très-notables et dangereux pour la vision, ou pouvant altérer plus ou moins la forme et les fonctions de l'œil.* »

Cette définition assez longue et un peu diffuse, et que nous avons citée en entier à cause de l'importance du sujet, prouve combien il est difficile de définir exactement le trachoma et de lui assigner ses véritables limites. Quoi qu'il en soit, à l'exemple du professeur Arlt, l'auteur en admet deux espèces, selon que l'*exsudation* se pré-

sente sous forme de *granulations,* ou selon qu'il y a *infiltration* dans le parenchyme.

Le professeur Von Rosas a aussi désigné d'une manière convenable le trachoma selon qu'il est accompagné ou non de *symptômes inflammatoires,* en indiquant qu'il peut prendre le caractère *inflammatoire* ou le caractère *cachectique.*

L'auteur décrit fort bien le premier degré de l'affection, alors qu'elle se présente sous forme de granulations vésiculeuses au nombre de deux ou trois, apparaissant sur le bord interne du tarse (*conjonctive rétro-tarsienne.*)

Il fait remarquer avec raison, comme nous le savons d'ailleurs fort bien en Belgique, que ce n'est point dans les hôpitaux qu'on rencontre ce premier degré du mal, mais en visitant les hommes dont les yeux sont regardés comme sains. Il a aussi constaté qu'en ouvrant ces vésicules avec une aiguille à cataracte, il s'en écoulait un liquide gélatineux, amorphe et à granules, et qu'alors l'épiderme qui les recouvre s'affaissait sur lui-même. Les phénomènes qui surviennent ultérieurement et qui amènent du changement dans l'évolution et la marche de ces granulations, bientôt accompagnées d'une sécrétion plus ou moins abondante, sont parfaitement exposés et prouvent évidemment que le docteur Gulz a complétement observé l'ophthalmie granuleuse dans toutes ses phases. Il n'oublie pas de faire mention des granulations de la paupière supérieure, qu'on ne peut convenablement apprécier qu'en retournant ce voile.

Dans le *second degré,* il y a infiltration dans la profondeur du tissu de la conjonctive, et on voit les phénomènes inflammatoires se prononcer de plus en plus : le corps papillaire se tuméfie et la conjonctive paraît alors comme sablée, recouverte d'aspérités qui lui donnent un aspect velouté ; elle prend une teinte d'un rouge plus ou moins prononcé, et les glandes de Méibomius ne peuvent plus se reconnaître que près du bord libre de la paupière. A ce degré de la maladie, l'exsudat a subi quelques modifications, ainsi que la structure de la conjonctive, ce qui amène un certain changement dans les symptômes de la maladie.

De l'exsudation qui a lieu sous l'épithélium de la cornée. (*Pannus tenuis* sive *vasculosus.*) — L'exsudation sur la cornée n'a pas nécessairement lieu dans le premier degré de la maladie, mais elle manque pourtant rarement vers la fin de cette période, lorsque la maladie n'est pas convenablement traitée ; dans le deuxième degré

du mal, quand on n'en prévient pas le développement, elle se rencontre régulièrement ; elle peut avoir lieu avec la première infiltration, ou avec celle qui est consécutive, et se montrer une ou plusieurs fois. On a appelé à tort cette espèce de pannus *inflammation de la cornée,* car elle ne constitue qu'une manifestation du trachoma. Elle ne se rencontre jamais sans la cause essentielle du trachoma, si ce n'est d'une manière primitive chez les individus scrofuleux. L'expression de *pannus consécutif* est aussi impropre ; en effet, il ne se développe pas par suite du frottement des granulations de la paupière supérieure sur la cornée, et il n'est pas autre chose qu'une exsudation qui s'est faite plus ou moins promptement sur cette membrane. Cependant on ne peut pas contester que la pression des granulations de la paupière supérieure ne doive avoir de l'influence sur son développement plus ou moins considérable.

Dans le *troisième degré* du trachoma, l'exsudation se fait d'une manière tellement rapide (*tumultuarisch*) et est tellement abondante que les symptômes indiqués dans les deux premiers degrés sont très-fugaces ou ont une marche très-prompte ; et alors les exsudats ne se rencontrent pas seulement *sous l'épithélium et dans le parenchyme* de la conjonctive, mais aussi à *sa surface libre* et dans la *substance de la cornée*.

« Les prodromes s'annoncent toujours alors avec des symptômes locaux intenses d'inflammation, qui amènent ordinairement une réaction fébrile, accompagnée de douleurs revenant par accès ; un épanchement séreux ne tarde pas à se faire dans le tissu cellulaire de la paupière et de la conjonctive sclératicale, donnant bientôt lieu, en partie à la formation de pas ou de sanie, ou en partie à la prompte organisation de ce produit, ce qui met l'organe oculaire dans un grand danger, à tel point que nous ne possédons aucun signe positif pour distinguer alors la maladie d'une blennorrhée aiguë.

» Dans ce degré de la maladie, où malheureusement les deux yeux sont presque toujours affectés, c'est l'infiltration de l'exsudat dans la cornée qui est momentanément la cause du grand danger que court la vision. Je suis persuadé aussi que, dans la marche du trachoma à l'état aigu, ce qui fait que la cornée est si compromise, c'est seulement et uniquement l'infiltration qui a lieu dans son tissu, et que l'étranglement du cercle conjonctival, ou même les qualités délétères du liquide sécrété, n'augmentent pas la gravité du mal, comme cela a lieu dans les blennorrhées. Les symptômes sont les mêmes que dans les blennorrhées du degré le plus intense, surtout chez les individus irritables. Le *secretum* de nature pu-

rulente est moins uniforme, il est mêlé d'une plus grande quantité de larmes. Les deux yeux sont presque constamment atteints.

» La maladie vient-elle à se déclarer sans que les symptômes qui indiquent le premier degré se soient montrés d'une manière évidente, ou s'ils ont été peu sensibles, on ne peut la diagnostiquer avec certitude au moyen des phénomènes présents, *subjectifs* et *objectifs*. La connaissance du degré antérieur de l'affection, la circonstance de l'épidémie régnante, la cause qui aurait pu produire le mal (*la contagion dans les blennorrhées*), ou bien les suites consécutives, peuvent bien, dans le principe, faciliter le diagnostic; toutefois il ne pourra être porté avec certitude que plus tard. »

Le pannus traumatique se distingue du pannus dû au trachoma, par l'exsudation sous l'épithélium et dans la substance de la cornée d'un produit étranger au trachoma, et l'observation de M. Arlt, qui attribue ce développement vasculaire, dans le cas actuel, aux artères ciliaires placées sous la conjonctive, est, dans l'opinion de l'auteur, tout à fait fondée.

« Le *pannus traumatique*, dit-il, peut amener un *épaississement partiel et calleux de l'épithélium* de la sclérotique (*xérophthalmie partielle*) ou de la cornée, ou même produire l'ulcération partielle de cette membrane avec l'opacité qui peut en être la suite.

» L'exsudat formé sur la cornée et dû au trachoma (le pannus) est ordinairement *résorbé*, mais il peut aussi donner lieu à une *cicatrice opaque*. Si l'exsudation a duré pendant longtemps, ou bien si elle s'est renouvelée souvent et a été accompagnée de symptômes inflammatoires intenses, il se forme assez fréquemment une sorte de macération du parenchyme de la cornée par le sérum, et même par la matière plastique, ce qui lui fait perdre sa force de tension et de résistance, lui donne une plus grande proéminence en avant, et habituellement aussi le rend un peu opaque, d'où il résulte que la vision est altérée. Cet état s'appelle *atonie de la cornée*.

» L'exsudation qui se fait à la surface de la conjonctive se transforme partiellement en *pus* ou en *sanie* et peut donner lieu à des *cicatrices;* elle peut aussi en partie engendrer, d'après les règles du développement du tissu cellulaire et du tissu fibrineux, des *végétations* qui sont tout à fait semblables à celles des blennorrhées.

» Elles ne se distinguent de celles de ces dernières que par la *disposition* plus uniformément étendue du produit exsudé dans le parenchyme de la conjonctive et des parties environnantes, ce qui fait qu'il est si difficile de les faire disparaître et de ramener la conjonctive à son état normal, ce qui est même ordinairement impossible (chose qui a lieu d'ailleurs si

promptement et souvent dans les blennorrhées les plus intenses sans le secours de l'art). La distinction entre ces deux processus si différents, n'ayant pas d'autres caractères spéciaux, ne peut sans doute se faire le plus souvent que lorsque l'affection existe déjà depuis longtemps, et encore n'est-elle rien moins qu'essentielle. »

Développement, causes et essence du trachoma. — Cette partie de l'ouvrage étant la plus importante et la plus originale, j'ai cru devoir la reproduire presque en entier.

« 1. Le trachoma n'est pas une maladie moderne, car il a été positivement connu autrefois, et probablement on l'avait déjà observé à l'époque où on s'est occupé des maladies et quand on en a écrit.

» 2. Il se montre, comme nous l'avons déjà dit, fréquemment et presque partout avec peu d'intensité et comme *sporadique;* dans quelques pays et quelques contrées, il est indigène et plus intense, *endémique.*

» 3. Il n'apparaît sous forme épidémique proprement dite que pour autant que la manière dont il se développe et persiste lui donne le caractère d'une *épidémie.* On pourrait peut-être sous ce rapport le considérer plutôt comme *miasmatique.*

» 4. D'après mes observations, d'accord avec celles d'autres praticiens, sur la fréquence de la maladie à certaines époques de la vie, on ne la rencontre jamais dans les premières années après la naissance, rarement dans l'enfance; elle est plus fréquente pendant l'âge de la puberté, et le plus souvent dans les dernières années de l'adolescence et les premières de la virilité; elle est excessivement rare après cinquante ans, et on ne la rencontre jamais à soixante, si ce n'est quand elle a laissé des traces de son existence antérieure. On n'a pas encore prouvé d'une manière suffisante s'il existait une disposition héréditaire à la contracter; je suis tenté de le croire.

» 5... Sous le rapport de la profession et des autres circonstances semblables, il se développe plus fréquemment et acquiert un plus haut degré chez les individus qui travaillent dans des lieux clos, chez les ouvriers des fabriques, chez les pauvres, que chez ceux qui travaillent en plein air, qui vivent isolément et au milieu de conditions d'ailleurs satisfaisantes.

» 6. D'après son mode de développement (*sporadique* ou *endémique*), ses phénomènes, son produit, les transformations qu'il éprouve, sa marche, ses suites, les causes prédisposantes et occasionnelles, les résultats du traitement exposés franchement et sans prévention, on peut considérer comme fondée la conclusion suivante : *la cause la plus prochaine du trachoma consiste dans une altération de la masse des humeurs* (du sang).

» 7. C'est pourquoi, eu égard aux propriétés de ce produit, à ses métamorphoses, etc., et tout en admettant comme fondée la théorie qui règne aujourd'hui sur les dyscrasies du sang, je crois *pouvoir appeler l'altéra-*

tion des humeurs qui sert de base au trachoma UNE ALTÉRATION AVEC PRÉDOMINANCE FIBRINEUSE.

» 9. *Je pense pouvoir considérer le trachoma comme un processus d'exsudation dépendant d'une cause interne* (crase du sang), *lequel, par suite d'une certaine prédisposition, est produit, entretenu, augmenté ou diminué par les circonstances extérieures, pour autant qu'elles exercent une influence déterminée sur la crase du sang : néanmoins d'autres circonstances semblables ou tout à fait différentes, placées en dehors de nous* (des irritations locales), *peuvent aussi amener le développement de ce processus d'une manière plus lente ou plus rapide. Je suis aussi convaincu que l'existence de ces irritations externes n'est point nécessaire pour amener une exsudation qui se forme impétueusement lorsque la dyscrasie est développée à un haut degré.* Nous ne possédons pas jusqu'à présent de caractère distinctif capable de nous faire reconnaître avec certitude l'altération qu'éprouve le sang dans le trachoma.

» 13... J'ai dit plus haut que le catarrhe essentiel de la conjonctive était dû sans aucun doute à des influences qui exerçaient une irritation locale, tandis que celui qui est métastatique peut dépendre d'une dyscrasie du sang; nous avons vu aussi que la blennorrhée était déterminée par un *contagium*, et pouvait peut-être aussi être occasionnée par la réunion de certaines causes; mais cela ne suffit pas pour le trachoma : *il faut ici que les causes qui ont modifié antérieurement la crase du sang aient agi puissamment.* C'est pourquoi je pense que pour bien comprendre l'action des causes qui peuvent *produire le trachoma*, il faut les diviser de la manière suivante : *a*) *celles qui altèrent la crase du sang; b*) *celles qui irritent la conjonctive*, et *c*) *celles qui agissent de ces deux manières à la fois.*

» A la première catégorie se rapportent : 1° des aliments de mauvaise qualité ou des boissons altérées; 2° *un air impur* ou contenant *des substances étrangères peu propres à la respiration;* 3° *la négligence des soins de propreté;* 4° l'infraction aux règles de l'hygiène quant au boire et au manger, au repos, aux veilles, etc.; 5° les miasmes produits dans certaines contrées par les substances végétales ou animales en décomposition; 6° le refroidissement du corps avec suppression de la perspiration cutanée et pulmonaire; 7° les exercices violents, les changements de vie trop rapides, etc.; 8° le mauvais état des organes digestifs; 9° certaines affections graves antérieures qui altèrent la crase du sang, telles que le typhus.

» A la seconde catégorie appartiennent : 1° une *lumière* trop vive, agissant directement sur les yeux ou par réverbération; 2° la *poussière* agitée par le vent pendant les marches ou les manœuvres, celle qui se développe dans les chambrées lorsqu'on y nettoie les armes ou les effets d'habillement; 3° les *ablutions imprudentes* des yeux échauffés, avec de l'eau froide, du genièvre, de l'urine, des collyres irritants, ou l'application de certaines pommades; 4° l'action des vents piquants.

» La troisième catégorie comprend : 1° la *fumée* soit des poêles, des corps de garde ou des étuves, soit du tabac ou des cigares; 2° les émanations *ammoniacales;* 3° les ablutions froides de la tête, du cou et de la figure lorsque ces parties sont en transpiration; 4° la compression du cou ou du bas-ventre par des vêtements trop serrés et qui sont capables de déterminer une stase sanguine dans les vaisseaux de la tête et des yeux, et de produire le dérangement des fonctions digestives; ce qui ne suffit pas toutefois pour déterminer le développement du trachoma, sans quoi les dames qui se font habituellement une taille de guêpe auraient certainement cette maladie (!?).

» 16. Un des points les plus importants de l'histoire du trachoma est celui qui concerne sa *contagiosité.* Sans être inconsidéré, je la nie; seulement je fais mes réserves pour un seul point.

» *Le trachoma en lui-même n'est pas contagieux ;* toutefois le *secretum,* qui se développe lors de l'invasion aiguë ou après une longue durée, l'est, mais seulement accidentellement et non pas nécessairement. Le *secretum* comme tel peut bien déterminer le catarrhe, et dans certaines circonstances une blennorrhée, mais jamais le trachoma. J'ajouterai encore que le *secretum* d'un trachoma au troisième degré déterminera une blennorrhée très-intense; je crois en outre que le *secretum* peut tout aussi bien et aussi sûrement que toute autre cause externe provoquer la localisation sur la conjonctive du processus trachomateux, qui sans cela n'y aurait peut-être pas paru, mais il ne peut sans une autre cause engendrer la crase du sang qui donne lieu au trachoma. Celle-ci doit en effet exister déjà quand, sur un individu chez lequel le *secretum* a agi par infection, on voit se développer le trachoma.

» *Le* secretum *n'est pas une cause spécifique du trachoma,* mais bien de la blennorrhée, et le *secretum* de cette dernière détermine toujours chez l'individu sain une blennorrhée semblable.

» Ce que nous venons d'avancer ne dérive pas d'idées purement théoriques; c'est bien le résultat de l'expérience et de l'observation; en effet: *a)* A l'époque où le trachoma règne endémiquement, l'augmentation du nombre d'individus atteints de blennorrhées et qui ont été en contact avec ceux affectés de trachoma ne peut s'expliquer que de cette manière, sans quoi on aurait recours à l'explication par trop ingénue de la *génération équivoque. b)* Ne serait-il pas absurde d'avoir recours à la blennorrhée pour guérir par inoculation le pannus dû au trachoma, puisqu'alors on devrait produire un trachoma? Si le *secretum* du trachoma ne pouvait reproduire exclusivement que le trachoma, on verrait un plus grand nombre de médecins être atteints du trachoma que cela n'a lieu, bien qu'ils y soient grandement exposés. *c)* En transportant à dessein et d'une manière immédiate sur la conjonctive le *secretum* d'un trachoma avéré, je n'ai presque rien obtenu, si ce n'est l'irritation de la conjonctive (*ca-*

tarrhe) ou bien la blennorrhée. Pour ne point arriver sous ce rapport à des conclusions erronées, il ne faut pas prendre le sujet de l'expérimentation en dehors de la sphère des individus susceptibles d'être atteints de trachoma, et ainsi il ne faut pas choisir ceux qui n'y sont point sujets. (*Voir* les nos 4 et 5.)

» Le point sur lequel je ne veux pas encore et ne puis d'ailleurs m'expliquer d'une manière positive, est de savoir si le transport sur la conjonctive du fluide contenu dans les vésicules caractéristiques, ou bien si l'inoculation véritable dans la masse du sang, peut, comme dans la syphilis, amener une infection du sang. Comme je fais, actuellement encore, des recherches sur cet objet, j'espère pouvoir dans la suite me prononcer catégoriquement à cet égard. Cela n'a pas, en réalité, une grande utilité pour la thérapeutique, mais il en est tout autrement pour la prophylaxie; celle-ci heureusement se confond pour la plus grande partie avec la contagiosité.

» 17. Quand parmi une réunion de 1000 individus on en trouve 800 qui sont malades, cela ne peut pas avoir lieu par la voie de la contagion; cela dépend de ce que tous vivent dans les mêmes conditions, et sont exposés aux mêmes influences délétères. Pour ce qui est des 200 autres qui restent sains, quoique exposés aux mêmes causes de contagion, cette immunité ne peut dépendre que de la santé relativement meilleure dont ils jouissent, ou, si on le veut, de ce qu'ils ont moins de disposition à contracter la maladie. Chez les autres, plus prédisposés, les causes morbides n'ont pas agi avec assez d'efficacité (intensité et durée de l'action) pour déterminer aussi chez eux le trachoma.

» 19. Le trachoma existant principalement pendant l'enfance et l'adolescence ou dans un degré peu élevé, ne met pas à l'abri d'une nouvelle atteinte. C'est ainsi que, pendant certaines endémies, nous avons vu *des troupes qui en avaient déjà été affectées antérieurement, en être principalement attaquées.* Une première affection est ainsi en quelque sorte une prédisposition à contracter la maladie.

» 20. Nous ne connaissons jusqu'à présent aucune maladie générale qui mette obstacle au développement du trachoma. Je l'ai en effet observé en même temps que beaucoup d'autres affections générales ou locales, telles que le typhus, le scorbut, l'hydropisie, les rhumatismes, la goutte, la fièvre intermittente et d'autres maladies inflammatoires. »

Nous avons cru devoir suivre l'auteur dans tous les développements qu'il a donnés à son opinion sur le trachoma. Nous aurions sans doute bien des remarques fondées à faire sur la presque totalité de ses assertions; mais cela nous entraînerait beaucoup trop loin, et nous devons terminer en peu de mots cette analyse déjà trop longue peut-être. Nous laisserons donc au lecteur le

soin d'examiner les arguments de M. Gulz, et d'en peser le plus ou moins de valeur.

Le chapitre consacré au traitement n'étant qu'une exposition plus ou moins complète des moyens thérapeutiques déjà souvent indiqués dans ces *Annales*, nous nous bornerons à faire observer que dans le premier degré du mal l'auteur recommande le sulfate de cuivre qui, d'après son observation, agit alors presque comme un spécifique (!). Pour en favoriser l'effet, il fait faire chaque jour, avant le coucher, des frictions avec une pommade composée de *précipité blanc* 2 à 4 grains sur 2 drachmes d'onguent rosat. Il ordonne en même temps *les douches froides*. Quand les granulations résistent à l'action du sulfate de cuivre, il a recours au nitrate d'argent, dont il affaiblit la vertu caustique en le combinant au nitrate de potasse dans les proportions suivantes : n° 1, trois parties de nitre et une partie de nitrate d'argent ; n° 2, parties égales ; n° 3, une partie de nitre et trois parties de nitrate d'argent ; le n° 4 est la pierre infernale pure. On commence avec le n° 1 et on va graduellement jusqu'au n° 3 ; il est rarement nécessaire d'employer le caustique pur.

L'ouvrage est terminé par l'énumération des mesures prophylactiques à employer pour empêcher le développement ou l'extension du trachoma. Cette partie de l'histoire de l'ophthalmie granuleuse a déjà été à plusieurs reprises et complétement exposée dans ce journal ; nous n'avons trouvé dans la brochure de M. Gulz rien de nouveau à citer sur ce sujet ; c'est pourquoi nous nous bornons à une simple mention.

Le livre de notre confrère autrichien, fort important d'ailleurs, renferme sur les causes et la nature du trachoma quelques idées que nous ne partageons pas complétement : s'il existe, comme il le prétend, une certaine affinité entre le catarrhe, la blennorrhée et le trachoma, il s'en faut de beaucoup qu'il l'ait suffisamment établie.

Quoi qu'il en soit, cet écrivain nous a paru être bien au courant de ce qui a été écrit sur l'ophthalmie granuleuse, qu'il a vue en observateur plein de sagacité, et sur laquelle il a émis quelques idées dignes d'être prises en sérieuse considération. Enfin, pour dire toute notre pensée, son travail nous semble supérieur à ce qui a été écrit, dans ces derniers temps, en Allemagne, sur l'ophthalmie dite militaire ou contagieuse.

Dr. Félix Binard.

III. — Chronique et Variétés.

Bruxelles. — M. le Ministre de l'intérieur a récemment adressé aux gouverneurs des provinces qui ne possèdent pas encore d'instituts ophthalmiques, une circulaire dans laquelle il signale l'utilité de ces établissements provinciaux fondés à Bruxelles, à Mons et à Namur, pour le traitement des indigents et des ouvriers aveugles ou atteints de maux d'yeux. Cette circulaire se termine ainsi :

« Les services que ces établissements rendent à une grande partie de la po-
« pulation, les considérations d'humanité et d'économie qui en recommandent
« la propagation, m'engagent à vous demander, M. le Gouverneur, de faire
« examiner par la députation permanente du Conseil provincial, s'il ne serait
« pas possible de créer, dans votre province, une pareille institution.—L'adop-
« tion de la mesure que je propose serait, pour la classe laborieuse, un véritable
« bienfait, en même temps qu'elle diminuerait les dépenses des communes et des
« bureaux de bienfaisance, qui, dans l'état actuel des choses, doivent prendre
» à leur charge les ophthalmiques qui n'ont pas été bien guéris. C'est sous ce
« double point de vue que la députation permanente voudra bien examiner la
« demande que vous lui soumettrez. »

— Le nombre des malades traités à l'Institut ophthalmique provincial du Brabant, du 1er avril 1850 au 31 mars 1851, s'est élevé à 284. Sur ce nombre, 198 sont sortis guéris, 38 améliorés, 11 non-guéris, 1 est mort; 36, la plupart convalescents, restaient en traitement le 31 mars. — Il s'est présenté en outre 1,444 indigents à la consultation gratuite tenue dans l'établissement, et il y a été délivré 226 certificats pour l'admission dans les écoles communales, 45 pour l'admission à la crèche de la Société royale de philanthropie.

Strasbourg. — M. le professeur A. Stolz vient de publier dans la *Gazette médicale de Strasbourg* un *Relevé général de l'hôpital civil de Strasbourg pendant l'année* 1849. — Les affections traitées dans le *service des maladies des yeux* (confié à notre collaborateur M. Stoeber) ont été au nombre de 45. — La cataracte a été la maladie oculaire le plus souvent observée : on en compte 15 cas. Il y a eu 3 amauroses, 4 cas d'ophthalmie rhumatismale, 3 d'iritis chronique. — Les opérations ont été au nombre de 23, savoir : 17 de cataracte, 4 de pupille artificielle, 2 de strabisme. — Les 17 opérations de cataracte ont été faites sur 12 malades, 7 fois par extraction, 6 fois par abaissement, 4 fois par broiement. 15 fois l'opération a réussi, 2 fois elle a échoué. — Des 4 opérations de pupille artificielle, 2 ont été suivies de succès.

IV. — Nécrologie.

Le docteur F. Lutens, jeune, médecin de régiment en non-activité, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, chevalier de l'ordre militaire de Léopold, est décédé à Berchem, près Anvers, en février dernier. Lutens n'était âgé que de quarante-quatre ans. Il a publié dans nos *Annales* et dans les *Annales des sociétés de médecine de Gand et d'Anvers* quelques mémoires sur la thérapeutique des granulations conjonctivales et un travail sur la pupille artificielle. Dans un discours prononcé sur sa tombe, M. Gouzée a retracé la belle carrière de Lutens, qu'une terrible maladie avait enlevé, longtemps avant sa mort, à la science, à sa famille et à ses amis.

— Le professeur C.-J.-M. Langenbeck (père) est mort il y a deux mois à Göttingen. On sait les services importants que cette illustration allemande a rendus à l'oculistique, spécialement par la publication de sa *Bibliothek für Chirurgie und Ophthalmologie.*

- ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XXV. — 5e série, Tome 1er. — 5e et 6e livraisons.

31 MAI ET 30 JUIN 1851.

TRAVAUX ORIGINAUX.

RAPPORT ANNUEL ADRESSÉ A MONSIEUR LE GOUVERNEUR DE LA PROVINCE DE BRABANT PAR LA COMMISSION ADMINISTRATIVE DE L'INSTITUT OPHTHALMIQUE DE CETTE PROVINCE.

Bruxelles, le 5 mai 1851.

MONSIEUR LE GOUVERNEUR,

Nous nous serions empressés d'obtempérer à l'invitation contenue dans votre lettre du 14 avril, n° 46789, A 6425, si nous avions été en possession des pièces nécessaires pour vous présenter des données exactes. Enchaîné par les prescriptions du règlement, M. le secrétaire-trésorier n'a pu rendre compte de sa gestion que dans la dernière séance de la Commission administrative; jusque-là il nous a été absolument impossible de vous faire connaître les résultats obtenus depuis le 1er avril 1850 jusqu'à l'époque du 31 mars dernier.

Le rapport que nous allons avoir l'honneur de vous présenter sera très-succinct en ce qui concerne notre situation financière; nous entrerons dans des détails circonstanciés à ce sujet, en soumettant à l'approbation de la députation permanente les comptes de l'année 1850-51.

Dans sa dernière session, le Conseil provincial a voté, sur le budget de 1851, un subside de fr. 1,010 pour aider la Commission administrative de l'Institut ophthalmique à couvrir la dépense de fr. 2,275, nécessitée par l'établissement de 10 nouveaux lits et par l'achat de divers objets de fournitures spécifiés à la page 96 de l'*Exposé de la situation administrative du Brabant pour l'année* 1850.

Ce subside a récemment été mis à notre disposition. Déjà le nombre des lits a été augmenté de 6 et se trouve ainsi porté à 36. Il va être pourvu à l'achat des objets les plus indispensables parmi ceux reconnus les plus nécessaires; le manque de ressources, auquel peut seule parer, en ce moment, une nouvelle allocation provinciale, ne permet pas de compléter les acquisitions signalées, dès l'année passée, comme étant d'une incontestable utilité.

L'augmentation du nombre des lits (qui se trouve aujourd'hui porté de 30 à 36, et qui doit être de 40) est trop récente pour que son action puisse être traduite en chiffres.

284 malades ont été traités à l'Institut pendant l'année qui vient de s'écouler, c'est-à-dire du 1er avril 1850 au 31 mars 1851. Sur ce nombre, 215 ont été reçus comme *indigents*, et 69 comme *payants:*

208	appartenaient	à la province	de Brabant.
15	»	»	d'Anvers.
1	»	»	de la Flandre occidentale.
16	»	»	» Flandre orientale.
13	»	»	de Hainaut.
12	»	»	de Liége.
1	»	»	de Limbourg.
2	»	»	de Namur.

16 étaient étrangers au pays (5 traités aux frais de l'État, 11 payants).

76 malades appartenaient donc à des localités étrangères à la province; mais il est à remarquer que 33 ont été traités à leurs frais, 5 aux frais de l'État, 13 par suite d'une convention officieuse et provisoire avec la députation permanente de la province d'Anvers, 6 par suite de dispositions du département de la justice; des 19 autres, 10 résidaient dans le Brabant et avaient leur domicile de secours légal (la plupart acquis par suite de mariage) dans d'autres provinces.

Les 284 malades traités ont fourni un total de 11,370 journées d'entretien qui représentent, à raison de fr. 1 par journée, la somme de fr. 11,370.

Les dépenses sont ainsi réparties :

A. FRAIS DE PREMIER ÉTABLISSEMENT.

1° Achat d'objets mobiliers.	fr. 411 27	fr. 719 29
2° Frais d'appropriation du local. . .	fr. 308 02	
A reporter. . . .		719 29

Report.	719 29
B. DÉPENSES DITES DU MÉNAGE.	
1° Achats divers.	443 94
2° Réparations et entretien du local, du mobilier et des fournitures	39 06
3° Contribution foncière du local.	146 55
4° Achat et préparation des substances alimentaires pour les malades et les 4 personnes de service. .	4,594 90
5° Solde des médicaments et objets de pharmacie . .	446 30
6° Aliments extraordinaires prescrits par les chirurgiens.	» »
7° Indemnité au secrétaire-trésorier et salaire des gens de service	795 95
8° Frais de bureau	192 97
9° Affranchissement d'avis aux malades	2 90
10° Avances faites pour compte des communes . . .	78 25
11° Dépenses extraordinaires et imprévues.	29 68
12° Frais de la consultation gratuite et de la visite dans les chefs-lieux de canton	379 50
Total. . . .	fr. 7,869 27

Pour arriver à établir le prix de revient de la journée d'entretien, il faut retrancher de cette dépense de. . . . fr. 7,869 27

1° Les frais de premier établissement (pour lesquels des subsides spéciaux ont été accordés) . ci :	719 29	797 54
2° Les avances remboursables faites pour compte des communes.	78 25	

Ce qui réduit la dépense pour le ménage proprement dit à fr. 7,071 73

Le prix de revient de la journée d'entretien a donc été d'environ 63 centimes, et la bonification opérée sur les 11,370 journées d'entretien s'élève à fr. 4,298 27.

Ce résultat est d'autant plus remarquable que le prix de certaines denrées alimentaires a été plus élevé cette année qu'il ne l'était l'an passé, et que la plus grande partie de la somme dépensée pour frais de bureau (achat de registres, cartons, etc.) eût, à la rigueur, dû être comprise dans les frais de premier établissement. D'un autre côté, il a fallu cette fois porter à charge du ménage une dépense autrefois supportée par le budget provincial. Cette dépense est celle occasionnée par la consultation gratuite et par la visite

du chirurgien de l'Institut dans les chefs-lieux de canton. Un subside de fr. 400 était accordé dans ce but, à une époque où l'Institut n'était qu'un établissement particulier, ne constituait qu'une consultation gratuite; il ne peut lui être enlevé aujourd'hui qu'il est devenu une création provinciale, il serait même indispensable qu'il fût calculé de manière à permettre de distribuer aux indigents qui se présentent à la consultation gratuite certains médicaments que l'on se trouve aujourd'hui dans l'obligation de leur refuser. Le bienfait qui en résulterait, principalement pour les ophthalmiques des communes rurales, serait très-considérable; on éviterait ainsi annuellement chez un bon nombre de malheureux des aggravations qui nécessitent plus tard un séjour prolongé, soit à l'Institut, soit dans les hôpitaux, et occasionnent parfois des accidents souvent irremédiables, et, par suite, des charges permanentes pour les budgets communaux.

L'exactitude des calculs fournis avant la création de l'Institut vient de recevoir une nouvelle justification; une expérience de dix-huit mois a maintenant prononcé.

Il ne faut toutefois pas se méprendre sur la portée des résultats financiers qui ont été réalisés. La Commission administrative et le Directeur ont dû procéder jusqu'à ce jour avec une excessive parcimonie ; nous devons rappeler également que le salaire des gens de service est aujourd'hui de près de 1/4 moins élevé qu'à Mons et à Namur, que le secrétaire-trésorier ne touche qu'une faible indemnité, et que le personnel chirurgical n'a reçu jusqu'à présent aucune rémunération pour ses services. L'Institut ne saurait encore supporter toutes les charges qui pèsent sur les établissements de Mons et de Namur, qui reçoivent des subsides annuels considérables, qui servent, et au delà, à couvrir le montant du salaire de leur personnel et celui des visites cantonales.

Le tableau suivant permet d'apprécier la gravité des maladies qui ont été traitées, et l'importance des services que l'Institut a été appelé à rendre pendant les douze derniers mois :

	NOMBRE DES MALADES,			NOMBRE DES MALADES,				
	Restant en traitement le 1er avril 1850.	Entrés depuis le 1er avril 1850.	Total des malades traités du 1er avril 1850 au 31 mars 1851.	Sortis guéris.	Notablement améliorés.	Non améliorés.	Morts.	Restant en traitement le 31 mars 1851.
Aveugles.	11	86	97	62	16	5	1	13
Presque aveugles. . .	10	60	70	52	9	2	»	7
Borgnes.	1	11	12	8	3	1	»	»
Incapables de travail et menacés de cécité. .	5	96	101	74	10	1	»	16
Louches.	»	2	2	2	»	»	»	»
Incurables.	»	2	2	»	»	2	»	»
	27	257	284	198	38	11	1	36
	284			284				

Les 2 malades *incurables* n'ont subi aucun traitement : l'un a été admis sur l'invitation de M. le Gouverneur de la province d'Anvers, à l'effet de faire constater officiellement son état d'incurabilité ; une fille a été abandonnée sous le porche de l'Institut et n'a pu être immédiatement renvoyée à cause de l'aggravation instantanée d'une maladie cérébro-spinale à laquelle elle était en proie.

Dans la colonne des *non-améliorés,* figurent 3 aveugles (2 indigents, 1 payant) dont l'incurabilité absolue, quoique probable, n'était pas assez évidente pour qu'il fût permis de ne point déférer à l'invitation des deux administrations communales dont relevaient les 2 indigents, et aux sollicitations réitérées de la mère du payant. Tous 3 ont été presque immédiatement renvoyés dans leurs foyers.

1 enfant aveugle a succombé à des convulsions survenues au moment où il venait d'être désigné pour la sortie comme *guéri.*

L'ophthalmie dite *militaire* ou *contagieuse* a fourni le plus fort

contingent de malades ; 136 en étaient atteints, savoir : 26 à la période aiguë, 30 à la période subaiguë, 6 à la période chronique; 74 présentaient des lésions consécutives à cette maladie.

Les autres affections oculaires se rangent, quant à la fréquence, dans l'ordre suivant :

Ophthalmie scrofuleuse.	42	
Albugos (avec ou sans synéchie antérieure et occlusion pupillaire, mais avec perte de l'usage de la vue).	19	
Cataracte.	16	dont 1 traumatique, 3 capsulaires secondaires.
Ophthalmie catarrhale.	8	
» arthritique.	7	
» gonorrhoïque.	7	
Amaurose.	6	

Il s'est présenté 2 cas de cancer du globe de l'œil, 1 cas de tumeur enkystée de l'orbite, 2 de fistule lacrymale, 4 d'iridocapsulite chronique, 1 d'iritis syphilitique, 2 d'hémophthalmie, etc., etc.

Les accidents consécutifs à l'ophthalmie de l'armée comprenaient, pour la majeure partie, des vascularisations de la cornée, accompagnées dans presque tous les cas d'ulcérations ou de taches; chez un grand nombre, il y avait congestion chronique des membranes oculaires internes. Les malades de cette catégorie ont présenté en outre des staphylômes, des albugos avec synéchie antérieure et disparition de la pupille, des renversements des paupières en dedans, des adhérences des paupières avec le globe, etc., etc.; l'un d'eux était devenu amaurotique.

Voici le relevé des principales opérations qui ont été pratiquées :

18 opérations de cataracte, sur 12 individus, savoir :

6 aux deux yeux (12 opérations) avec résultat heureux des deux côtés chez 5, d'un seul côté chez 1 ;

5 opérations sur un seul œil avec résultat heureux dans tous les cas;

1 extraction de cataracte pierreuse, sur un œil amaurotique depuis nombreuses années, et devenu le siége de douleurs atroces;

3 cataractes capsulaires secondaires ont été opérées; chez 2 malades la vision est devenue bonne; chez le troisième (pensionnaire de l'hospice des Aveugles), des accidents d'une nature très-grave, indépendants de l'opération, sont survenus et ont amené la perte irrémédiable de l'œil opéré;

24 opérations de pupille artificielle;
Sur ce nombre, le succès a été aussi complet que possible dans 22 cas; il y a eu 1 demi-succès, et 1 insuccès complet.
11 amputations partielles du globe de l'œil;
2 extirpations du globe de l'œil, nécessitées par le cancer de ce organe;
10 ponctions du globe de l'œil;
1 extirpation d'une tumeur volumineuse de l'orbite;
1 extirpation d'une tumeur volumineuse des paupières;
24 opérations pour remédier à l'entropion (renversement des paupières en dedans);
1 opération pour remédier à l'ectropion (renversement des paupières en dehors);
5 opérations pour détruire le symblépharon (adhérence des paupières avec le globe de l'œil);
2 opérations de fistule lacrymale;
2 opérations de strabisme.

Les cautérisations, scarifications, etc., etc., ne peuvent être mentionnées ici que pour mémoire; on peut comprendre, par le grand nombre de cas d'ophthalmie militaire, la fréquence avec laquelle ces opérations ont été instituées.

Parmi les malades qui ont subi l'opération de la pupille artificielle, 1 était aveugle depuis 29 ans, 1 depuis 26 ans (aveugle de naissance), 2 depuis 20 ans, 1 depuis 17; les autres avaient perdu la vue la plupart depuis plus de 10 ans, quelques-uns depuis plus de 5 ans; 3 seulement étaient plus récemment aveugles (2 des suites de l'ophthalmie des nouveau-nés).

Au nombre des cataractés se trouvaient 2 aveugles de naissance; l'affection était congénitale chez 2 autres âgés de plus de 30 ans, mais elle n'apportait que depuis fort peu de temps un obstacle complet à l'exercice de la vision.

Les 36 malades qui restaient en traitement le 31 mars étaient en majeure partie des convalescents; on comptait parmi eux 4 opérés de pupille artificielle, 2 de cataracte, 2 de fistule lacrymale, 1 de symblépharon, 2 ayant subi l'amputation partielle du globe, qui étaient tous guéris, et qui n'étaient retenus qu'à cause de la date trop récente des opérations qu'ils avaient subies.

Une particularité bien fâcheuse doit être signalée, c'est que les malades n'arrivent le plus ordinairement à l'Institut qu'après que des accidents ou des complications graves sont déjà survenues; il en résulte que le traitement est rendu tout à la fois plus difficile et

plus long, et partant plus coûteux. C'est là une circonstance sur laquelle il est important au plus haut point d'appeler l'attention des administrations communales. Les affections oculaires guérissent d'autant plus sûrement et plus promptement qu'elles sont plus récentes; lorsqu'elles sont invétérées, la difficulté est plus grande, la cure exige plus de temps. Si cette vérité banale était bien comprise, si les administrations communales n'attendaient pas si souvent que les malades fussent complétement aveugles ou du moins tout à fait incapables de travail avant d'autoriser leur admission à l'Institut, d'une part les guérisons radicales seraient plus nombreuses, d'autre part la durée moyenne du traitement serait considérablement diminuée, ce qui permettrait à un plus grand nombre de malades de jouir des bénéfices de l'institution. Les efforts tentés jusqu'à ce jour pour vaincre l'inconvénient qui vient d'être signalé commencent à porter leurs fruits; néanmoins chaque jour révèle encore la nécessité de renouveler les représentations qui ont déjà été adressées à ce sujet.

1,158 malades ont été inscrits à la consultation gratuite; l'ophthalmie dite militaire ou contagieuse s'y est présentée dans la proportion d'environ 1 sur 4.

Dans le but d'empêcher le règne de cette maladie dans les écoles communales, où d'assez nombreux cas ont été observés déjà, l'administration communale de Bruxelles a décidé qu'il serait exigé de chaque enfant pour lequel l'admission est sollicitée dans ces établissements, un certificat constatant qu'il ne porte *aucun germe apparent d'ophthalmie contagieuse*. La société royale de Philanthropie a adopté la même mesure pour la crèche qu'elle a instituée dans la rue aux Laines. Les chirurgiens de l'Institut ont délivré en 1850,

226 certificats pour l'admission dans les écoles,
45 certificats pour l'admission à la crèche.

Total. . . 271 certificats.

70 enfants présentés pour cette visite ont dû être retenus en traitement.

La visite annuelle, prescrite par le règlement de l'Institut, a eu lieu dans les chefs-lieux de canton: 646 malades s'y sont présentés; ceux dont la maladie paraissait exiger le séjour à l'Institut nous ont été signalés, et nous nous sommes entendus de manière à régler leur entrée dans l'établissement, de concert avec les administrations communales, au fur et à mesure que des lits devenaient va-

cants, appelant toujours les premiers ceux dont les affections réclamaient des soins plus immédiats.

Nous nous sommes longuement étendus, dans notre lettre du 4 décembre 1850, n° 197 (en réponse à une demande de renseignements de M. le Ministre de l'intérieur), sur l'importance de la consultation gratuite et de la visite cantonale ; nous ne pouvons que confirmer une nouvelle fois ce que nous avons eu l'honneur de vous exposer à cet égard.

En somme, l'action bienfaisante de l'Institut s'est étendue, pendant l'année 1850-1851, à 2,359 individus, savoir :

284	internes (traités dans l'établissement) ;
1,158	externes (traités à la consultation gratuite) ;
271	auxquels ont été délivrés les certificats exigés pour l'admission dans les écoles communales de Bruxelles ou à la crèche de la société royale de Philanthropie ;
646	inscrits dans les visites cantonales.
Total. 2,359	

Le département de la justice est venu, comme l'année dernière, au secours de celles d'entre les victimes de l'ophthalmie dite militaire ou contagieuse qui n'ont pas droit à une pension ou à une gratification à charge du budget de la guerre ; nous avons été chargés de faire parvenir à diverses administrations communales de la province les allocations suivantes sur les fonds du chapitre IX du budget de la justice :

1° Secours mis à la disposition des bureaux de bienfaisance pour être distribués de la manière qu'ils estiment la plus utile aux intéressés	fr. 7,200
2° Subsides alloués aux communes pour les aider à couvrir les frais du traitement de leurs indigents atteints d'ophthalmie dite militaire ou contagieuse	5,067
Total. .	fr. 12,267

Si ces allocations n'ont pas été plus élevées, la faute en est à quelques communes qui ne tiennent pas compte des instructions de M. le Ministre de la justice, consignées dans votre circulaire en date du 3 avril 1848 (*Mémorial administratif*, n° 149), et rappelées dans votre circulaire du 28 août 1849 (*Mémorial administratif*, n° 146). Ces instructions portent que les victimes de l'ophthalmie dite militaire ou contagieuse ne peuvent recevoir de secours qu'à

la condition expresse de se faire traiter à l'Institut, lorsque le cas l'exige. Il faut donc que les communes qui comptent des malheureux de cette catégorie autorisent l'admission dans notre établissement ; elles devraient le faire avec d'autant plus d'empressement, que le département de la justice a pris l'engagement d'accorder, « *lorsque cela est nécessaire, des subsides de l'État pour les aider à* « *couvrir les frais du traitement.* » Nous avons eu le regret de voir un assez grand nombre de fois demeurer sans résultat les démarches que nous tentions en acquit de notre mandat, et aussi bien dans l'intérêt de malheureux en proie à une maladie qui se termine toujours par la cécité, lorsqu'elle n'est pas convenablement soignée, que dans l'intérêt des familles qu'il importe tant de soustraire, par l'éloignement de ceux qui en souffrent, aux dangers de la contagion.

En définitive, les communes qui affectent une pareille indifférence ne se rendent pas compte du préjudice qu'elles se font à elles-mêmes en se privant volontairement des moyens de secourir efficacement des personnes dignes de toute leur sollicitude, et dont l'entretien est d'ailleurs mis à leur charge en vertu de la loi communale.

Nous devons dire, toutefois, que, sous ce rapport aussi, il y a amélioration depuis l'année dernière, et que l'empressement à seconder les vues si philanthropiques du gouvernement gagne chaque jour.

Nous ne pouvons pas terminer sans vous signaler les bons offices dont nous sommes redevables au Conseil général des hospices et secours de la ville de Bruxelles. Cette administration a bien voulu nous autoriser à nous approvisionner de pain à la manutention qu'elle possède ; tout récemment elle a consenti à ce que les médicaments qui nous sont nécessaires fussent fournis par la pharmacie de l'hôpital Saint-Jean.

Le clergé du *Finis-Terrae* a des droits à notre reconnaissance, pour le service spirituel de l'Institut qu'il fait avec la plus louable sollicitude.

La Commission administrative de l'Institut ophthalmique de la province de Brabant,

Le Président,
FRANSMAN.

Le secrétaire-trésorier,
F. SUYKENS.

COMPTE-RENDU DE L'INSTITUT OPHTHALMIQUE DE LA PROVINCE DE HAINAUT POUR L'ANNÉE 1850 (1).

Chirurgien en chef, M. STIÉVENART.

Le nombre des malades traités à l'Institut ophthalmique provincial en 1850, a été à peu près exactement le même que celui constaté en 1849. En voici le relevé d'après la nature de leurs affections et en tenant compte des résultats obtenus :

NATURE DES AFFECTIONS.	NOMBRE DES MALADES,						
	Guéris complétement et voyant bien.	Dont l'état s'est sensiblement amélioré.	Voyant pour se conduire.	Restés dans le même état.	Morts.	Restant en traitement au 1er janvier 1851.	Total.
Cécité.	21	»	6	6	»	8	41
Cécité presque complète. .	48	»	10	1	»	10	69
Affections diverses qui ont affaibli la vue. . . .	57	18	»	»	»	4	79
Perte d'un œil.	19	5	»	1	»	2	27
	145	23	16	8	»	24	216

La majeure partie des maladies oculaires dont ces 216 individus se trouvaient atteints étaient plus ou moins invétérées. L'ophthalmie militaire s'est montrée dans la proportion de 1/9 du nombre total des malades.

Les différentes opérations pratiquées ont été :

24 opérations de cataractes dont 19 suivies de succès plus ou moins complets, 2 sans aucun résultat avantageux. Trois malades de cette catégorie restaient en traitement au 1er janvier dernier.

5 opérations de pupille artificielle ont été pratiquées, 2 avec un succès complet.

(1) Extrait du *Rapport de la députation permanente du conseil provincial du Hainaut*, session de 1851, pp. 106-109.

Les autres opérations étaient 7 entropions, 1 ectropion, 1 fistule lacrymale, 2 ptérygions, 2 staphylômes et quelques autres de moindre importance.

Le nombre des malades payants a été de 11, dont 2 *français*, habitant le département du Nord.

L'exiguité des locaux a empêché de recevoir dans l'établissement un certain nombre de malades que M. le chirurgien-oculiste de l'Institut a été obligé de traiter à domicile.

M. le gouverneur a obtenu de l'administration supérieure que les ophthalmiques indigents, se rendant à l'Institut ou retournant dans la commune de leur domicile, puissent voyager gratuitement par le chemin de fer de l'État. Cette mesure a produit les meilleurs résultats. Cependant elle ne serait complète que si l'on pouvait l'étendre aux personnes qui accompagnent les aveugles et leur servent de guides.

Il est à désirer que la loi sur les transports par chemin de fer, qui se discute en ce moment, permette de maintenir et d'étendre, comme nous venons de le dire, cette disposition dont tant d'infortunés ont déjà ressenti les heureux effets.

Par résolution du 18 juillet 1850, qui a été portée le 17 août suivant à la connaissance des administrations communales, le Conseil provincial a porté de 50 à 75 centimes, à partir du 1er janvier 1851, l'indemnité journalière à payer par les communes à la province pour le traitement de leurs indigents à l'Institut ophthalmique.

Cette augmentation était devenue nécessaire par suite de l'accroissement incessant du nombre des malades, ce qui occasionnait une dépense considérable à la caisse provinciale. Elle était d'autant plus rationnelle qu'aux termes de l'art. 131, § 17 de la loi communale, les frais d'entretien des aveugles indigents incombent aux communes, sauf les subsides à fournir par les provinces ou par l'État en cas d'insuffisance des ressources locales.

Pour compenser jusqu'à un certain point cette augmentation de dépense, à laquelle les communes doivent pourvoir, et pour satisfaire, le cas échéant, à l'article de la loi communale que nous venons de citer, le Conseil provincial a porté à son budget de 1851 une somme de fr. 1000 à distribuer en légers subsides aux communes peu aisées.

Par suite des rapports adressés par M. le gouverneur au département de la justice, il a été accordé par divers arrêtés royaux, en 1850, une somme de fr. 8,080 à 82 ophthalmiques militaires de

la province qui n'ont pas droit à une pension sur le budget du département de la guerre.

Ces secours ont été mandatés au profit des bureaux de bienfaisance, qui ont été chargés de les remettre en une ou plusieurs fois aux intéressés.

PEUT-ON PRÉVENIR LA FORMATION D'UNE CATARACTE SECONDAIRE DANS L'OPÉRATION PAR SCLÉROTICONYXIE?

par le docteur GERHARD, de Strasbourg.

Parmi les différents accidents qui peuvent entraver le succès de l'opération de la cataracte par réclinaison, il faut noter, en première ligne la formation d'une cataracte secondaire. Si cet accident n'est pas des plus graves, il est au moins très-désagréable, et pour l'opéré et pour l'opérateur. En effet, en supposant que l'opération a été faite avec succès, l'opéré et l'opérateur s'en réjouiront; malheureusement cette joie n'est trop souvent que de courte durée; au bout de quelques jours ou de quelques semaines, souvent de plusieurs mois, la vision diminue, l'opéré voit les objets comme à travers un brouillard qui devient de plus en plus épais. En examinant la pupille, on y voit une tache blanchâtre; en instillant dans l'œil une goutte de la solution d'extrait de belladone, on voit distinctement que la tache blanchâtre est formée le plus souvent par la paroi antérieure de la capsule devenue opaque, dans quelques cas rares par la paroi postérieure de la capsule ou par une portion du cristallin; en un mot, la formation d'une cataracte secondaire ne peut plus être douteuse.

Maintenant se présente la question : *peut-on prévenir la formation d'une cataracte secondaire?*

Dans l'opération de la cataracte par extraction, la paroi antérieure de la capsule est largement incisée pour la sortie de la lentille, et l'opération est rarement suivie d'une cataracte secondaire.

Par contre, en réclinant la cataracte avec une aiguille à travers la sclérotique, il se peut que la pointe de l'instrument, parvenue derrière la pupille, glisse entre le cristallin et sa capsule; ce qu'on ne voit pas lorsque celle-ci est transparente, ce qui a lieu dans toutes les cataractes lenticulaires; or, ces dernières sont bien plus fréquentes qu'on ne le savait. Depuis que M. Malgaigne a soutenu qu'il n'y avait pas d'autopsie bien faite qui démontrât l'existence d'une cataracte capsulaire, les oculistes ont fait de nouvelles

recherches sur les cadavres portant des yeux cataractés, qui ont prouvé que la cataracte capsulaire existe, mais qu'elle est beaucoup plus rare qu'on ne le pensait généralement, ce qui, du reste, avait déjà été antérieurement démontré en partie par M. Sichel (*Traité de l'ophthalmie, la cataracte et l'amaurose*, 1837, p. 496).

L'erreur venait de ce qu'on a pris très-fréquemment les stries opaques de la surface du cristallin pour des taches de la capsule. De la discussion qu'a soulevée cette question est résulté le fait évident que les cataractes striées, étoilées, fenétrées, barrées, déhiscentes, à trois branches, disséminées ou pointillées, les congénitales, la glaucomateuse, qu'on regardait généralement pour des cataractes capsulo-lenticulaires, ne sont que des variétés de la cataracte lenticulaire, dans lesquelles par conséquent la capsule reste transparente ; même les cataractes liquides ne sont pas toujours compliquées de l'opacité de la capsule (*Traité théorique des maladies des yeux*, par Desmarres, 1847, p. 508).

Maintenant tout le monde conçoit qu'en voulant récliner une cataracte lenticulaire, la pointe de l'aiguille, parvenue dans la chambre postérieure, puisse glisser entre la lentille et sa capsule transparente ; en réclinant la cataracte dans ces conditions, la paroi antérieure de la capsule laissée en place pourra conserver sa transparence, mais malheureusement trop souvent elle devient opaque et forme une cataracte secondaire ; même en portant l'aiguille au devant de la capsule et en voulant récliner la capsule et le cristallin en même temps, on ne réussira rarement, tant que la capsule est saine, c'est-à-dire ni opaque, ni épaissie, ni adhérente au cristallin ; presque toujours elle reste en place et conserve sa transparence tant qu'elle ne s'enflamme pas. Sa phlegmasie peut survenir tardivement et amener son opacité des semaines et même des mois après l'opération.

Il serait à désirer que l'art parvint à posséder quelque moyen facile et efficace pour que l'opérateur pût, dans toutes les méthodes d'opérer la cataracte, séparer exactement avec le cristallin opaque la capsule entière de la zone ciliaire à laquelle elle est attachée ; malheureusement c'est assez rare, puisque la zone ciliaire lie et unit si étroitement la capsule du cristallin avec le corps vitré tout autour de l'anneau de Petit, que, même en disséquant l'œil, il n'est pas possible de séparer la capsule cristalline du corps vitré sans la déchirer. C'est pourquoi, ne pouvant séparer complétement la bourselte membraneuse du cristallin d'avec ses attaches, il ne reste

dans la plupart des cas d'autre meilleur parti à prendre que de détruire la plus grande partie de la paroi antérieure de la capsule, s'il est possible ; à cet effet, il faut porter la pointe de l'aiguille en avant à travers la pupille dilatée jusque dans la chambre antérieure et y faire des mouvements avec l'aiguille dans tous les sens ; dirigeant ensuite sa pointe contre la surface antérieure du cristallin et cernant sa partie antérieure dans tout le contour qui correspond à la pupille dilatée, par un mouvement circulaire, on s'efforce de déchirer la paroi antérieure de la capsule dans différents sens. Ce procédé ne réussit pas toujours ; l'aiguille, au lieu d'inciser la capsule, la refoule en arrière sans la déchirer, ce qu'on voit seulement lorsque la capsule est opaque ; dès qu'on observe que la capsule cède en arrière, ce qui l'expose à presser sur le cristallin en dehors de son centre, à lui faire faire la culbute et à le faire passer dans la chambre antérieure, on doit renoncer à cette manœuvre ; on s'efforce alors d'inciser la capsule opaque dans le sens horizontal ou diagonal en tournant l'un des tranchants de l'aiguille en arrière et en faisant plusieurs incisions par une légère pression dans le sens des différents diamètres, en retirant chaque fois un peu l'aiguille. Ces manœuvres ne sont pas toujours très-faciles à exécuter ; d'abord l'aiguille agit souvent plus en pressant qu'en sciant ; la capsule, par son élasticité, peut céder sans se déchirer ; d'un autre côté, les mouvements d'incision exagérés peuvent faire culbuter le cristallin et provoquer sa chute dans la chambre antérieure. C'est pour ces raisons que ces manœuvres doivent être exécutées avec la plus grande délicatesse et que l'attention de l'opérateur doit constamment être dirigée sur tous les accidents qui peuvent se présenter pendant l'incision de la capsule. Si le cristallin menace de faire la culbute, l'opérateur devra récliner la lentille sans avoir incisé la capsule au risque et péril d'avoir dans la suite une cataracte secondaire à opérer, plutôt que de compromettre l'organe de la vue par des manœuvres exagérées.

Pour pouvoir porter l'aiguille jusque dans la chambre antérieure, il faut avoir soin d'instiller la solution de belladone non-seulement quelques heures avant l'opération, mais dès la veille et à plusieurs reprises, afin que la pupille soit bien immobile et aussi large que possible ; sans cette précaution on risque que la pupille se contracte au moment où l'aiguille est arrivée dans la chambre postérieure, et qu'il soit impossible de l'introduire jusque dans la chambre antérieure sans blesser l'iris.

D'après ce que nous venons de dire on peut déjà présumer qu'on ne peut pas empêcher d'une manière infaillible la formation d'une cataracte secondaire ; d'abord on ne parvient pas toujours à inciser la capsule à cause des difficultés souvent trop grandes de l'exécution ; d'autres fois les fragments de la capsule imparfaitement divisés s'enflamment et se réunissent au lieu de se rétracter derrière la pupille. Mais on peut assurer d'une manière certaine qu'après la destruction préalable de la paroi antérieure de la capsule, la formation d'une cataracte secondaire est moins souvent à déplorer qu'en réclinant le cristallin sans toucher à la capsule; c'est au moins l'avis des oculistes les plus distingués qui opèrent d'après les principes que nous venons d'exposer.

L'idée d'inciser la paroi antérieure de la capsule pour prévenir la formation d'une cataracte secondaire n'est pas nouvelle; elle a déjà été donnée par Petit (*Mémoires de l'Académie des sciences*, 1716), par Ferein (Haller *Dissert. chirurg.*, vol. V, p. 568), par Pott (*Chirurgische Werke*, Th. 2, S. 416). Plus tard Scarpa, Rosas, etc., opéraient d'après ces principes, mais tous ces auteurs, imbus de l'idée que toutes les stries opaques qu'on voit dans la pupille étaient produites par l'opacité de la capsule, portaient la pointe de l'aiguille dans la chambre postérieure sur ces stries opaques, c'est-à-dire sur le cristallin, et laissaient le plus souvent au devant la capsule transparente intacte.

Ce travail ne signale aucun fait nouveau ; il est surtout publié dans le but de rappeler aux chirurgiens la véritable méthode de pratiquer dans l'opération de la cataracte la section de la capsule dont la plupart des traités d'ophthalmologie donnent ou des idées fausses ou trop incomplètes. Nous avons traité cette question avec quelques détails, parce que nous croyons qu'elle est d'une haute importance et parce que nous sommes convaincus que par l'incision bien faite de la paroi antérieure de la capsule, on peut le plus souvent prévenir la formation d'une cataracte secondaire.

DE L'EXISTENCE RÉELLE DE LA NÉVRALGIE OCULAIRE ÉPIDÉMIQUE;

par le docteur E.-L. BERTHERAND,

chirurgien aide-major au Bureau des Affaires arabes d'Alger, membre de plusieurs Sociétés médicales françaises et étrangères,

A M. le docteur FLORENT CUNIER, rédacteur en chef des *Annales d'Oculistique*.

MONSIEUR ET TRÈS-HONORÉ CONFRÈRE,

Vous m'avez fait l'honneur de publier dans les *Annales d'Oculistique* de novembre dernier (1) un travail sur une névralgie oculaire épidémique que j'ai observée en Algérie.

Ce mémoire a également paru dans la *Revue du progrès de l'Algérie*, suivi, à l'insu de la Société de médecine d'Alger, d'un rapport de la commission chargée de son examen. Depuis cette époque, ce journal (Bulletin de cette société) a cessé de paraître, et je prends la liberté de recourir à votre estimable publication, pour rétablir, dans toute leur véracité, des faits dont l'interprétation rationnelle a été si singulièrement contestée par M. Wolters, rapporteur de la commission.

Dans son rapport, complétement hostile au diagnostic que j'avais porté, M. Wolters commence par rappeler très-incomplétement quelques symptômes de la névralgie occulaire observée; puis il ajoute :

« *Aucune n'est caractéristique pour une névralgie! Voudrait-on prétendre que c'est la douleur qui, à elle seule, constitue la névralgie? Mais alors il n'y aurait presque plus d'autres maladies, car peu sont exemptes de douleur.* »

Voilà, certes, de la logique médicale bien serrée, et l'on se donne vraiment beau jeu pour remporter une trop facile victoire, quand on pose de telles objections, quand on prête tout gratuitement à un confrère des opinions d'une valeur, et surtout d'une pareille force! Examinons donc les symptômes que j'ai décrits, et je le demande : une douleur, — dès le début lancinante, déchirante, torturante, — qui naît brusquement et avec son summum d'intensité, — qui parcourt subitement, comme un éclair, et contracte les tissus environnants, — qui suit le trajet des branches nerveuses, — qui, loin d'être accrue par la pression, paraît dimi-

(1) T. XXIV, p. 223.

nuée, — qui augmente la sécrétion des larmes sans qu'aucune altération des organes lacrymaux existe, — qui coïncide surtout avec une sécheresse de la pituitaire, — qui est assez intense pour que le moindre mouvement de l'organe dans lequel elle siége soit redouté par le malade et occasionne des souffrances atroces, — qui détermine à la surface de cet organe une rougeur uniforme, sans suppuration aucune ultérieure, et diminuant de suite en même temps que les douleurs névralgiques, — qui n'est pas accompagnée du plus petit mouvement fébrile pendant son cours, etc., — une douleur ainsi phénoménisée n'est-elle pas *caractéristique d'une névralgie* en général, et en particulier de la névralgie qui forme le sujet de ma communication?

Personne n'a jamais *osé et n'oserait prétendre que la douleur à elle seule constitue la névralgie;* mais il n'est personne qui ne prétende que la douleur, s'offrant AVEC L'ENSEMBLE des caractères spéciaux décrits ci-dessus et relatifs à son mode *particulier* d'invasion, à son siége, à sa marche, à son influence sur les organes voisins, etc., ne constitue évidemment *et nécessairement* une névralgie, et surtout une névralgie oculaire (1). Il n'est besoin pour établir cette logique différente que d'examiner les faits avec un peu d'attention, et de réfléchir que si un symptôme *isolé* ne saurait indiquer la nature d'une maladie, il en est tout autrement quand ce même symptôme se présente *avec un cortége* de modes particuliers, *sui generis*. Ce sont là du reste les premiers éléments de la pathologie générale.

M. Wolters ajoute que les autres symptômes que j'ai décrits sont « *encore moins constitutifs d'une névralgie, quoiqu'ils peuvent l'ac-* « *compagner, comme en effet,* dit-il, *nous les avons vus, tantôt l'un,* « *tantôt l'autre, accompagner la névralgie faciale, mais toujours séu-* « *lement après une certaine durée et des accès répétés.* »

Encore un manque d'attention et de réflexion! M. Wolters oublie qu'il ne s'agit pas ici d'une névralgie à accès répétés, et que si quelques-uns de ces symptômes ont pu, sous ses yeux, accompagner la névralgie faciale, il est au moins peu logique d'en

(1) Voyez en particulier : LISFRANC (de l'Ophthalmie nerveuse, *Clinique chirurg.*, t. 1er); OLLIVIER (art. *Névralgie*, *Dict. de méd.*, en 18 vol.); *Compendium de méd. pratiq.*, t. 3, pp. 597, 599 et 603; BÉRARD (*Annales d'oculistique*, 1847); LEBERT (*Abeille médicale*, 1848, p. 83); P. BÉRARD (*Dict. de méd.*, t. 12, p. 555); VALLEIX (*Traité des névralgies*, 1841, p. 2; VIDAL DE CASSIS (*Traité de patholog. ext.*, t. 2, p. 184), etc.

déduire une conclusion contre l'existence de tous ces symptômes dans une névralgie *continue* et siégeant, non plus dans *un seul* rameau nerveux, mais bien dans un ensemble, un *groupe* de branches nerveuses.

Bref, M. Wolters prétend que les symptômes que j'ai rapportés sont « *ceux d'une inflammation rhumatico-catarrhale des yeux, de la « variété dite Lybica, telle qu'elle a été décrite par les auteurs.* »

Je pourrais tout d'abord répondre que les ophthalmies spécifiques, de l'école allemande, ne sont point généralement admises en France.

« Le mot ophthalmie catarrhale, dit M. le professeur Velpeau, ne peut, « suivant moi, avoir aucune valeur scientifique, et doit être rayé du cadre « nosologique. »

Et à propos de l'ophthalmie rhumatismale, il s'exprime ainsi :

« Variété à laquelle les Allemands ont ajouté le plus d'importance : « les auteurs de l'école française ne voient en elle qu'une iritis autour « de la cornée sans larmoiement ni photophobie intense. »

Dans la symptomologie que j'ai exposée, existe-t-il quelqu'un de ces symptômes?

Où M. Wolters a-t-il jamais vu ou lu que l'on ait donné à l'*inflammation rhumatico-catarrhale des yeux*, fût-elle même de la *variété dite Lybica*, les symptômes qui ont caractérisé une névralgie oculaire? A quelle époque? Dans quel auteur?

En effet, voudrait-il prétendre, parce que la conjonctive a rougi, parce que les paupières, *quelques jours après*, se sont trouvées baignées par un liquide jaunâtre, épais, qu'il y a eu *inflammation*, même inflammation rhumatico-catarrhale? Cette déduction serait aussi peu logique que peu conforme aux premiers éléments de l'observation clinique.

Quel praticien un peu réfléchi, un peu attentif, a jamais observé une affection rhumatico-catarrhale, surtout *épidémique*, sans *aucun* symptôme de fièvre!

Qui pourrait ignorer que dans cette maladie :

« Les premiers symptômes sont une sensation de malaise, de chaleur, « de douleur *légère*, un faible écoulement de larmes avec injection *légère* « de la conjonctive qui devient *plus prononcée*, vers la cornée... Au début « de la maladie, la rougeur n'est *point très-considérable;* la portion de « la conjonctive voisine de la cornée reste *incolore* comme dans l'état

« naturel... Un *chémosis intense* accompagne la maladie... il y a *sensation* « *de sable*... mais si l'on excepte cette sensation, le malade accuse à peine « de la douleur... L'écoulement muqueux est d'abord *liquide* et *grisâtre*, « et il devient *peu à peu* consistant, puis épais et glutineux... FIÈVRE CA- « TARRHALE avec frissons, *toux* légère, *écoulement nasal*, en un mot, *tous* « *les symptômes du catarrhe*, etc. (MIDDLEMORE.)

Voilà tous symptômes opposés, contraires à ceux qui ont été observés dans ma relation de névralgie oculaire, et M. Wolters ose ajouter que l'opinion d'une ophthalmie rhumatico-catarrhale « *se* « *base sur la description, la durée et le traitement*, TELS *qu'ils sont* « *donnés dans le mémoire!* »

« Les névralgies oculaires, dit M. le docteur Lebert, s'accompagnent « ordinairement d'une rougeur plus ou moins prononcée de la conjonc- « tive... Les uns la confondent avec les irritations inflammatives de cette « membrane; les autres ne la regardent plus aujourd'hui que comme une « simple congestion sanguine provoquée par la douleur de l'œil. On peut « voir la rougeur suivre toutes les phases de l'affection nerveuse qui la « gouverne, sans offrir aucun des caractères habituels d'une véritable « phlegmasie. Ce n'est donc qu'un épiphénomène, etc. »

M. Wolters ignore sans doute que Baglivi a dit : « *Ubi dolor, ibi sanguinis missio?* » et que le professeur Lisfranc, dans une de ses leçons cliniques sur l'ophthalmie nerveuse, s'exprimait ainsi :

« Ne peut-on pas prendre l'état nerveux pour une inflammation, parce « qu'il existe réellement des symptômes de cette dernière? Cette erreur « a été commise bien souvent, l'expérience me l'a démontré. »

Il a été facile de voir avec quelle sagacité M. Wolters avait su tirer de l'ensemble des symptômes que j'ai décrits, la preuve certaine que je trouvais dans le signe *isolé* douleur, le fait constitutif d'une névralgie. Il n'est pas moins curieux d'examiner avec quelle exactitude il rapporte et juge les moyens thérapeutiques mis en usage. « Le traitement dont l'auteur fait mention, dit-il, est fort « peu de chose : c'est le traitement usité dans les ophthalmies « *légères* : des sangsues, des fomentations, des bains de pieds et des « purgatifs. En outre, l'auteur prétend que les pilules d'opium « lui ont été d'un bon service. »

Eh quoi? cette prétendue inflammation rhumatico-catarrhale, de forme épidémique et de la variété dite Lybica, aurait pu aussi faci-

lement céder en *une quinzaine de jours* à un traitement *fort peu de chose, usité dans les ophthalmies légères?*

A l'appui de son diagnostic personnel, M. Wolters oublie de citer l'emploi que j'ai fait également des sudorifiques, de l'infusion de tilleul prise abondamment! — Et les collyres avec la teinture d'opium, la compression légère des yeux, il ne daigne point les mentionner! — Et quant aux sangsues qu'il considère comme la base ordinaire du traitement, il n'a sans doute pas lu attentivement que je ne les avais employées que chez *deux* individus; encore « *ne diminuèrent-elles que faiblement la névralgie oculaire.* » Ce résultat aurait-il eu lieu s'il s'était agi d'une *inflammation rhumatico-catarrhale,* surtout de la *variété dite Lybica ?*

Je n'insisterai pas davantage sur la manière dont M. Wolters a rempli la mission scientifique que la Société de médecine d'Alger lui avait fait l'honneur de lui confier.

Toutefois, fort de l'appui que mon travail a trouvé dans l'appréciation bienveillante d'autres membres de la société, lors de la discussion, j'ai cru de mon devoir de prendre pour arbitres dans ce débat scientifique, les notabilités plus spécialement versées dans l'ophthalmologie. Les très-honorables praticiens auxquels je me suis adressé, guidés sans aucun doute par de nobles sentiments de sincère confraternité, par l'amour de l'humanité et de la science, ont daigné me répondre avec un empressement bien flatteur pour un médecin qui leur était complétement inconnu. Voici quelques passages de leurs précieuses communications :

M. le docteur Furnari, auteur d'un *Traité sur les maladies des yeux,* d'un *Essai sur les causes, la nature et le traitement des ophthalmies en Afrique,* etc., m'écrit :

« Je n'ai rien à ajouter à la juste appréciation que vous avez faite sur « les caractères, les causes et le diagnostic de l'ophthalmo-névrose qui « fait le sujet de votre brochure... L'ophthalmo-névrose que vous avez « décrite avec beaucoup de soin n'est malheureusement que trop fré- « quente, surtout après l'opération de la cataracte; mais, envisagée « sous le point de vue épidémique, cette affection est très-rare. »

M. le docteur Magne, auteur d'un *Traité sur l'hygiène de la vue,* etc., me mande :

« Je suis entièrement de votre opinion sur la nature de la maladie... « Vous avez fait un travail consciencieux. »

M. le docteur Caffe, qui a publié des *Leçons pratiques sur l'amau-*

rose, d'un *Compte rendu de la clinique ophthalmique de l'hôpital de la Pitié,* etc., s'exprime ainsi :

« Votre observation de névralgie oculaire épidémique est un modèle « de concision, et tout à la fois de clarté. Le diagnostic est aussi précis « que le traitement est rationnel. »

M. le docteur Desmarres, auteur d'un *Traité théorique et pratique des maladies des yeux,* etc., émet cet avis :

« Mon diagnostic ne peut évidemment différer du vôtre. C'est bien une « névralgie oculaire épidémique, rien autre chose. »

M. le docteur V. Stœber, professeur à la faculté de médecine de Strasbourg, auteur d'un *Manuel pratique d'ophthalmologie,* etc. :

« Je n'ai pu que partager entièrement votre manière de voir sur la « nature du mal. En effet, la marche de la maladie et sa manifestation « symptomatologique caractérisent une affection névralgique et non une « affection inflammatoire. Les succès que vous avez obtenus par votre « traitement démontrent d'ailleurs que votre diagnostic était bien « posé. »

M. le docteur Rognetta, auteur d'un *Traité philosophique et clinique d'ophthalmologie,* etc. :

« La condition névralgique que vous signalez est une réalité incon- « testable. »

M. le docteur Sichel, auteur de *Propositions générales sur l'ophthalmologie,* etc., adhère au diagnostic d'une névralgie oculaire; seulement il croit moins à une névralgie sus-orbitaire indépendante, qu'à une névralgie symptomatique avec ophthalmie interne.

Enfin, monsieur et très-honoré confrère, vous m'avez fait l'honneur bien inattendu de publier mon mémoire dans les *Annales d'Oculistique*, et je ne saurais voir dans cette bienveillance qu'un hommage éclatant rendu à la justesse de mon diagnostic.

Ainsi, voilà huit autorités, dont personne, pas même M. Wolters, n'oserait récuser la compétence en matière d'ophthalmologie, qui reconnaissent l'exactitude du diagnostic *névralgie oculaire,* et ne disent pas un seul mot de la possibilité d'une ophthalmie *rhumatico-catarrhale,* pas même de la *variété dite Lybica !*

M. Wolters, de l'université de Wurtzbourg, voudra sans doute bien me permettre de préférer leur opinion, leurs lumières; et si j'ai pris la liberté grande de me mettre en relation avec d'aussi

hautes notabilités scientifiques, il avouera qu'il m'a fourni lui-même la meilleure des excuses, quand il a dit au début de son rapport :

« *Une névralgie qui s'élève aux proportions d'une épidémie est assurément assez remarquable pour fixer l'attention du monde médical.* »

Du reste, les conditions étiologiques que j'ai signalées comme ayant déterminé ou accompagné l'invasion de cette névralgie, ne se rattachent-elles pas aux constitutions médicales spéciales qui signalent la production des affections nerveuses épidémiques? Le docteur Rennes (*Arch. gén. de méd.*, t. II, 2e série) n'a-t-il pas décrit une épidémie de coqueluche coïncidant pendant cinq mois avec le règne d'une névralgie faciale? Et les observations de Méglin, de Bellinghieri, de M. Sandras, etc., ne conduisent-elles pas à admettre le fait sinon comme avéré, du moins comme très-possible?

Enfin, pourrait-il être logique de repousser l'existence d'une névralgie oculaire épidémique, par le seul motif que ce serait une observation toute nouvelle?

Je termine en disant avec un praticien fort distingué, M. le docteur Valleix :

« Il faut mettre au nombre des théories qui n'ont point l'observation « pour base, toutes celles qui rangent les névralgies parmi les inflammations, l'hypertrophie, l'atrophie de l'organe. »

Je pense que l'intérêt de la science qui m'a inspiré cette réfutation, vous engagera également à l'insérer dans les *Annales d'Oculistique*; et dans cet espoir, je vous prie de vouloir bien agréer, monsieur et très-honoré confrère, l'expression sincère de mes remercîments et l'hommage de ma considération la plus distinguée.

Alger, mai 1851.

DE L'EMPLOI DE L'ACÉTATE NEUTRE DE PLOMB DANS LE TRAITEMENT DE DIVERSES AFFECTIONS DE LA CONJONCTIVE;

par le docteur P. BUYS,

médecin de garnison, à Bruges.

Comme complément à mes travaux antérieurs sur le traitement de l'ophthalmie granuleuse (dite *de l'armée*) par l'acétate neutre de plomb, je crois qu'il ne sera pas sans intérêt de faire connaître le

résultat de mes recherches et des observations nouvelles que j'ai recueillies jusqu'à ce jour. Cette partie de la thérapeutique ophthalmologique a trop d'importance pour que l'on puisse craindre de paraître fastidieux en revenant encore sur ce sujet ; en effet, si l'on passe en revue et les résultats obtenus et ce qu'on a écrit sur le résultat de la conjonctivité granuleuse, on peut estimer à bon droit que la question est loin encore d'une solution satisfaisante.

Tous les jours on rencontre encore chez nos soldats des lésions graves de l'œil : des pannus, des taies avec amblyopie plus ou moins prononcée, des granulations persistantes malgré les divers caustiques, une sécrétion mucoso-purulente intarissable avec photophobie et inflammation profonde de l'œil, et comme conséquence la détérioration de la constitution, le découragement, de sorte qu'ils finissent par retomber à la charge de l'État après un séjour plus ou moins prolongé dans divers hôpitaux. Ce tableau paraîtra rembruni sans doute, appliqué à la majorité des ophthalmiques de l'armée; mais il est malheureusement réel encore pour un trop grand nombre, et personne n'oserait affirmer qu'il ne puisse devenir vrai pour tout homme atteint d'une conjonctivité quelconque, qui, dans cette circonstance donnée, est susceptible de revêtir les formes les plus graves. On peut donc affirmer que tout n'est pas fait pour le traitement de cette affection et qu'il reste encore largement à expérimenter.

L'acétate de plomb a été apprécié différemment par les divers praticiens qui en ont tenté l'emploi ; les uns en ont obtenu des résultats heureux, des guérisons rapides ; d'autres en signalent les graves dangers, en publient l'impuissance dans certains cas ; la plupart s'efforcent de substituer à celui que j'ai fait connaître un procédé nouveau d'application. Le but que je me suis proposé est de préciser l'action de cet agent thérapeutique, sa manière d'agir dans les diverses affections de la conjonctive où je l'ai mis en usage, le mode d'application qui m'a paru le plus convenable. Je m'efforcerai, autant qu'il me sera possible, de traduire fidèlement les faits, tels que je les ai observés et tels que tous ceux qui ont été à même de voir mes malades, ont pu les vérifier avec moi. J'esquisserai une comparaison rapide des résultats obtenus dans les cas analogues par les caustiques en honneur jusqu'aujourd'hui. Ces considérations pourront donner une idée de la valeur relative de ces méthodes.

Sans m'arrêter à l'étiologie, pour moi, la granulation dans ses

diverses formes est la lésion dominante de la conjonctivite chronique; l'affection catarrhale, l'ophthalmie purulente des nouveau-nés et l'ophthalmie blennorrhagique expriment en degrés ascendants l'inflammation de la conjonctive jusqu'au summum d'acuité. Aussi, dans ces affections, la conjonctive n'est-elle pas primitivement granuleuse : il ne s'y développe de granulations que quand l'inflammation a déjà une certaine durée et passe à l'état chronique.

Les granulations apparaissent rapidement à la suite de l'ophthalmie blennorrhagique et de celle des nouveau-nés; elles se développent aussi très-facilement à la suite de l'ophthalmie catarrhale chez nos soldats, tandis que, dans le civil, c'est le cas exceptionnel (1). L'inflammation produit dans la muqueuse oculaire, comme dans toute autre muqueuse, un développement en profondeur et surtout en surface; il n'y a que du plus ou moins, pour ce symptôme, de la conjonctivite blennorrhagique à la conjonctivite catarrhale, de la conjonctivite avec granulations molles, exubérantes, à la conjonctivite avec granulations vésiculeuses. Les pannus, les diverses affections de la cornée, l'irritabilité profonde, ne sont, dans la plupart des cas, que la conséquence des affections précitées de la conjonctive.

Passons successivement au traitement de ces affections. Pour les granulations vésiculeuses, s'accompagnant presque toujours du développement de la conjonctive avec injection plus ou moins marquée de cette membrane, deux ou trois applications d'acétate de plomb, à quelques jours de distance, suffisent pour déterminer la résorption de l'épanchement plastique interstitiel et le retour graduel de la muqueuse à l'état normal. Il est superflu de dire que ces effets ne sont pas instantanés; la nature n'admet pas de ces changements à vue : la nutrition des tissus, même pervertie, réclame pour chacun de ses actes des temps successifs et déterminés. L'action immédiate que produit le sel de plomb est l'astriction de la muqueuse et des vaisseaux qui rampent dans son épaisseur et à sa surface, la transformation de cette sécrétion muqueuse épaissie et exagérée, qui tient les paupières collées le matin, en sécrétion ténue et filante qui ne tarde pas à reprendre ses caractères normaux en quantité et en qualité. Il est évident

(1) Les familles bourgeoises se trouvent rarement dans les mêmes conditions hygiéniques que nos soldats.

déjà que le but que je me suis proposé d'atteindre est la résolution complète de l'inflammation ou de ses produits sans destruction des tissus.

Je ne ferai pas entrer en parallèle le nitrate d'argent en crayon, car il exige une main trop exercée pour donner la certitude qu'il ne produira pas immédiatement d'escarres dans la muqueuse; mais je prendrai sa solution plus ou moins concentrée, ou d'autres cathérétiques tels que le sulfate de cuivre, le deuto-chlorure de mercure, etc., agissant comme légers cathérétiques ou d'une manière dynamique; j'admettrai que, dans beaucoup de cas, on peut obtenir par ces moyens la résolution des granulations vésiculeuses, mais ce que je ne puis admettre, c'est qu'ils puissent, d'une manière certaine, transformer la sécrétion ou diminuer l'injection, qu'ils augmentent au contraire assez souvent; on ne peut nier que leur action, rapidement épuisée, ne nécessite des applications répétées qui déterminent ou augmentent l'irritabilité oculaire; on ne niera pas non plus qu'à la suite de leur usage, il persiste souvent longtemps un relâchement de la conjonctive et des plaques de papilles injectées se transformant très-facilement en granulations molles ou dures; cette transformation a même lieu dans bien des cas pour les granulations vésiculeuses en dépit de ces attouchements, et peut-être, comme je l'ai signalé ci-dessus, à cause de cette manière de faire.

Quant aux granulations molles, c'est contre cette forme que se révèle toute l'impuissance des caustiques : les attouchements répétés, les excisions, les scarifications ne les empêchent nullement de repulluler; la sécrétion morbide de la muqueuse, loin de diminuer, paraît au contraire s'en accroître; on n'arrive à une apparence de guérison qu'en les faisant agir comme escarrotiques, en détruisant la muqueuse qui leur sert de support; toutefois les parties de cette membrane qui échappent à la destruction présentent longtemps encore, et peut-être indéfiniment, un développement granuleux. Les lésions concomitantes sont : des pannus, des kératites, l'irritabilité oculaire profonde, lésions qui compromettent toujours gravement la vision. A la suite d'un certain nombre d'applications d'acétate neutre de plomb, ces granulations diminuent de plus en plus de volume, s'aplatissent, se réduisent bientôt à leur base et disparaissent enfin, laissant une conjonctive conservant l'intégrité de son tissu et de ses fonctions. Ici, comme dans la forme précédente, la sécrétion mucoso-purulente se modifie dès le principe pour la

quantité et surtout pour la qualité ; la cornée conserve habituellement sa limpidité, si le traitement est commencé assez tôt. Le pannus ou les diverses kératites, s'il en existe déjà, n'exigent habituellement pas de moyens spéciaux, et marchent vers la guérison en même temps que les lésions de la conjonctive.

Je n'aurais que des observations analogues à reproduire pour les granulations dures, quant à ce qui regarde leur traitement par les caustiques. Par les applications du sel de plomb, ces granulations perdent d'abord de leur dureté et se transforment en granulations plus molles ; elles suivent en définitive la marche de ces dernières pour leur résolution. La sensation du gravier disparaît dès les premières applications ; la photophobie et l'irritabilité oculaire diminuent avec la même rapidité ; beaucoup de malades ne se doutent même pas qu'il existe encore un état granuleux ; ils réclament d'ailleurs spontanément l'application du médicament sur les endroits où ils ressentent quelque frottement. Toutefois la structure anatomique de cette granulation, formée d'un tissu plus dense, indique suffisamment qu'il est besoin d'un temps relativement plus long pour sa résolution complète.

Dans la conjonctivite simple ou sporadique, catarrhale, une seule application suffit habituellement pour dissiper le mal. Les vaisseaux dilatés qui sillonnent la conjonctive se contractent instantanément, une couleur d'un rose uniforme, de plus en plus tendre, et qui ne tarde pas à passer à la teinte claire de l'état normal, remplace la rougeur morbide de la muqueuse. Que dire de la sensation pénible des grains de sable et de la sécrétion, sinon répéter ce que j'ai dit à satiété? Un point plus important, c'est que j'ai toujours obtenu une guérison durable, c'est que je n'ai jamais remarqué à la suite de ce traitement le développement des granulations, développement signalé comme très-fréquent par la plupart de ceux qui ont écrit sur la matière.

Dans l'ophthalmie blennorrhagique ou purulente suraiguë, j'ai obtenu de très-bons résultats de l'acétate de plomb appliqué en couche légère sur toutes les parties de la conjonctive que l'on peut atteindre. Je suis parvenu chaque fois à réduire le chémosis et à transformer immédiatement la sécrétion purulente. Le succès a été aussi satisfaisant qu'on peut l'espérer, chaque fois que le traitement a pu être institué avant qu'il existât des lésions graves de la cornée, car tout effort doit échouer contre un ramollissement avancé ou un ulcère profond de cette membrane. Il va sans dire

que j'emploie concurremment tous les moyens indiqués, tels que saignées générales et locales, hyposthénisants généraux, révulsifs internes et externes. Les granulations qui se développent à la suite de cette affection cèdent rapidement, comme toutes celles dont l'évolution est récente.

Comme je l'ai dit antérieurement, je ne fais subir à l'acétate neutre de plomb d'autre préparation que de le pulvériser finement dans un mortier ordinaire; je le porte ainsi sur la conjonctive mise à découvert, au moyen d'un pinceau préalablement humecté et que je passe à diverses reprises en appuyant légèrement sur le point touché afin d'étendre le médicament en couche uniforme; le surplus est entraîné par les larmes. Les applications sont en général légères, particulièrement chez les personnes irritables et qui ont beaucoup de tendance à la réaction; chez celles qui par des traitements antérieurs ont acquis une sensibilité exagérée, je me borne à toucher quelques points jusqu'à ce que j'obtienne la tolérance et que je puisse en user plus largement et sans crainte. Les applications sont assez éloignées, mais j'y reviens chaque fois que le malade ne paraît plus rien gagner. Le sel de plomb agit d'abord par astriction; à travers l'épithélium si délicat de la conjonctive, surtout de la conjonctive malade, il doit se combiner avec les parties albumineuses les plus superficielles de cette membrane, celles qui correspondent au réseau de Malpighi dans le tissu cutané; le reste n'y est retenu que par adhérence mécanique. Il jouit en outre de l'action hyposthénisante de tous les sels de plomb; son absorption lente et progressive est favorisée par le contact des larmes; cette action soutenue amène la résolution sans exiger d'applications fréquentes.

On a accusé les applications d'acétate de plomb d'être très-douloureuses, de produire une réaction vive avec gonflement œdémateux des paupières, de déterminer des brides et des cicatrices.

La sensibilité à la douleur est aussi variable que les individus; toutefois, à en juger d'après ma pratique journalière, cette douleur ne doit pas être bien vive, attendu que moins de deux minutes après l'application, les malades tiennent les yeux facilement ouverts; ceux qui sont admis à ma consultation gratuite viennent en réclamer spontanément l'application. On remarque seulement pendant une ou deux heures un écoulement de larmes plus abondant.

Quant à cette réaction vive dont on parle, on ne l'a jamais observée sur mes malades. Je ne la conçois qu'en faisant des appli-

cations intempestives et sans mesure chez des sujets irritables ou dont les yeux ont été tourmentés antérieurement par les caustiques, et chez lesquels l'affection passe à l'état aigu par la cause la plus légère et même sans cause appréciable.

Les brides ne sont admissibles que pour autant qu'il existerait une perte de substance de la muqueuse, la couche plombique agissant comme corps isolant ; une perte de substance, une escarre ne serait possible qu'en appliquant inconsidérément une dose exagérée sur une conjonctive enflammée ; l'escarre ne serait alors que le résultat d'un excès d'inflammation, le topique agissant comme corps étranger.

Par antithèse, d'autres prétendent que les granulations molles progressent en véritables crêtes de coq, malgré l'emploi du moyen que j'ai adopté ; si je ne trouvais une série de preuves contraires chez les malades que j'ai traités, un exemple récent suffirait pour renverser ces allégations.

Une jeune femme se présente il y a deux ou trois mois à ma consultation, portant un polype muqueux des fosses nasales : trois ou quatre applications d'acétate de plomb ont suffi pour le flétrir et en amener la guérison complète. Plusieurs cautérisations énergiquement pratiquées au moyen du crayon de nitrate d'argent n'avaient eu pour résultat que de le faire repulluler de plus belle.

C'est une illusion de croire que les conjonctives soient incrustées, d'une manière indélébile, d'acétate de plomb ; après un certain laps de temps, les malades que j'ai eu occasion de revoir, n'en présentaient plus aucune trace ; leurs conjonctives avaient repris le brillant et le poli de l'état normal. Cet inconvénient serait du reste de fort peu d'importance ; quelques jours après l'application, les malades ignorent s'il existe encore du médicament sur leurs conjonctives ou s'il a complétement disparu.

On n'aurait probablement pas éprouvé tant de mécomptes si l'idée de détruire les granulations n'en avait dominé d'abord la thérapeutique, si l'on s'était efforcé d'en obtenir la résolution et non la destruction, si l'on s'était souvenu que l'on est d'autant plus éloigné de la guérison que l'on croit guérir avec plus de rapidité. L'action des astringents avait été recherchée d'ailleurs par plusieurs praticiens. Pour ne citer que Burkard Eble, ce médecin avait employé avec avantage le sous-acétate de plomb liquide qu'il faisait alterner avec les caustiques ordinaires, dont il parais-

sait modérer la violence. Il s'est aussi efforcé de tirer parti du tannin, ceci soit dit sans préjudice aucun pour les découvertes récentes ; il écrivait il y a tantôt vingt-quatre ans :

« L'état de la conjonctive palpébrale décrit par le docteur Kriebel sous le nom de télangiectasie, me détermina, bien qu'à proprement dire je ne partageasse pas ses idées à ce sujet, à essayer dans cette circonstance le principe astringent aussi pur que possible. Prenant donc un extrait sec de noix de galle, je le mis digérer pendant plusieurs jours dans l'alcool, où se déposa bientôt le tannin (*principium tanninum seu scytodephicum*) sous forme d'extrait. Cet extrait séché, finement pulvérisé, et préparé d'abord en onguent au moyen d'un mucilage de gomme arabique, fut plus tard, pour éviter tout mélange étranger, délayé avec de l'eau distillée jusqu'à la consistance d'extrait liquide. Cet onguent fut appliqué une fois par jour à six malades chez lesquels j'avais déjà essayé divers moyens, entre autres l'acide acétique, et dont deux étaient atteints de cette granulation (que je serais tenté d'appeler catarrhale) si fidèlement décrite par Kriebel. Chez ces deux derniers, l'onguent agit avec tant d'efficacité, qu'en moins de huit jours, ils sortirent de l'hôpital parfaitement guéris. Chez trois autres la granulation n'offrit de diminution notable, surtout à la paupière inférieure, qu'au bout d'un mois environ. Quant au sixième, il resta à peu près dans le même état. Chez tous enfin l'onguent parut préparer la voie au précipité blanc, dont l'effet fut dès lors et plus prompt et plus heureux. Du reste, l'emploi de ce moyen fort doux n'exige aucune précaution particulière ; il est aussi très-bien supporté par tous les malades. »

Je cite ces observations en entier, car elles font présumer que si le tannin peut être utile pour combattre la blennorrhée et la congestion de la muqueuse oculaire, il est insuffisant contre l'état granuleux confirmé ; elles démontrent également que l'acétate de plomb jouit de propriétés autres que l'action astrictive.

Quoi qu'il en soit, il ne me paraît pas trop présomptueux de croire, à en juger d'après l'empressement que l'on met à tenter de *nouveaux moyens*, que l'on n'a pas une foi bien robuste dans l'infaillibilité des caustiques. Pour ma part, découragé par les insuccès que je voyais se multiplier, depuis plus de seize ans, par les traitements destructeurs, tels que cautérisations, excisions, scarifications, etc., je m'efforçai de trouver une méthode plus en rapport avec la nature du mal.

Dès 1834, par induction des bons effets que j'avais maintes

fois obtenus de l'acétate de plomb contre les végétations des parties génitales et l'inflammation d'autres muqueuses, je fus amené à l'employer contre l'état granuleux des conjonctives. Depuis cette époque, j'ai traité un nombre considérable de granulés (le temps me manque pour en faire un relevé détaillé, qui, du reste, serait de peu d'importance); la plupart sont sortis guéris complétement et ont rejoint leurs corps respectifs. Quant à ceux qui ont dû être réformés, et, d'après les circulaires ministérielles du 28 octobre 1839 et du 8 décembre 1841, dirigés sur l'hôpital militaire de Louvain, un grand nombre avaient déjà subi des traitements antérieurs dans divers hôpitaux; plusieurs furent reçus en traitement avec des lésions confirmées et incurables; quant aux autres entrants, qui n'ont été traités que par moi seul et qui sont sortis avec des lésions oculaires, mes registres prouvent que ces malades sont entrés atteints d'ophthalmie purulente suraiguë, affection contre laquelle je fus longtemps encore à employer les caustiques. La marche si rapidement destructive de cette affection fut probablement la raison pour laquelle je suivis la voie commune pour combattre l'état aigu; j'eus toujours recours à l'acétate neutre de plomb pour combattre l'état granuleux persistant à la suite de l'inflammation aiguë; toutefois mes malades sortirent ne présentant plus de granulations aux conjonctives, et, dans tous les cas, leur séjour à l'hôpital fut comparativement de moindre durée que partout ailleurs.

J'ai fait usage depuis, et avec succès, de l'acétate de plomb dans les conjonctivites les plus aiguës. J'énumérerai seulement les résultats obtenus pendant le courant de 1850 :

Sur 6 malades entrés à l'hôpital militaire, atteints d'ophthalmie purulente suraiguë, 4 sont sortis complétement guéris, 1 a conservé une taie nuageuse sur l'œil droit (taie qui ne l'empêche nullement de continuer son service), le sixième avec taie staphylômateuse de l'œil droit. Il faut remarquer que ces deux derniers malades avaient déjà la cornée droite ulcérée à leur entrée. De ces 6 malades 3 avaient contracté l'ophthalmie purulente à la suite d'un écoulement de l'urètre : dans trois cas le mal a successivement envahi les deux yeux. A leur entrée à l'hôpital, le sel de plomb fut appliqué immédiatement sur les conjonctives. On employa concurremment les saignées générales et locales suivant l'intensité des symptômes inflammatoires; à l'intérieur les hyposthénisants et les révulsifs sur le tube intestinal; en collyre des lotions

fréquentes avec une solution étendue d'acétate de plomb laudanisée ou belladonée. On peut estimer la terminaison comme très-heureuse dans ces six cas où la purulence était portée au plus haut point, avec chémosis et œdème considérable des paupières, surtout si l'on considère que les taies qui survinrent chez deux malades furent le résultat d'ulcères qui, comme je l'ai dit ci-dessus, existaient déjà lors de leur entrée.

J'ai appliqué avec non moins de succès au commencement de cette année l'acétate de plomb dans un cas analogue chez un détenu à la maison de sûreté de cette ville. Cet homme, appelé Greendel, avait été atteint autrefois d'ophthalmie militaire pour laquelle il avait été traité dans divers hôpitaux et particulièrement à Liége ; depuis, ayant quitté le service pour faire le métier de colporteur, il avait conservé des granulations aux quatre paupières ; il avait contracté récemment une blennorrhagie, lorsqu'il fut pris tout à coup d'ophthalmie purulente suraiguë qui se porta successivement de l'un à l'autre œil. Après avoir mis en évidence les conjonctives préalablement détergées, j'appliquai sur tous les points que je pus atteindre une couche légère d'acétate de plomb ; les moyens généraux furent les mêmes que ceux désignés ci-dessus. Cette inflammation si forte ne tarda pas à tomber, la sécrétion purulente à se transformer en sécrétion muqueuse et filante, et j'eus également la satisfaction de lui conserver intégralement la vue ; il ne lui restait, à ma remise de service, que quelques granulations qui ne durent pas tarder à disparaître.

Dans ma pratique, tant militaire que civile, le sel de plomb m'a rendu les plus grands services dans plusieurs affections oculaires ; je citerai particulièrement le pannus charnu ou vasculaire, les taies et les opacités récentes de la cornée, les ulcères de cette membrane, les blépharites scrofuleuses ou séniles avec ou sans ectropion.

Je terminerai en rappelant que l'emploi du sel de Saturne ne m'empêche nullement de remplir toutes les indications spéciales que chaque cas particulier peut réclamer, et que l'on obtiendra d'autant plus de succès que l'on s'efforcera de ramener les lésions oculaires à leur plus grande simplicité.

STRUCTURE ET FONCTIONS DU CANAL NASAL ;

par le docteur J. SMITS, de Bruxelles.

M. le docteur Béraud a communiqué, le 24 mai dernier, à la Société de Biologie de Paris, la *description d'une nouvelle valvule inconnue jusqu'ici et qui existe dans les voies lacrymales de l'homme.* La lecture de cette note, insérée dans la *Gazette médicale de Paris,* n° 26, 1851, et reproduite par la plupart des journaux français, m'a engagé à extraire le passage suivant, relatif à la structure et aux fonctions du canal nasal, de l'ouvrage publié en 1850 à Prague (chez Calve), par le docteur Von Hasner sous le titre de : *Beitrage zur Physiologie und Pathologie der Thränenableitungsapparates.* Lex.-8° avec 1 *planche lithog.* (1).

Le canal nasal (ou lacrymal) est un conduit membraneux, qui part de l'orbite, traverse le maxillaire supérieur et vient déboucher dans les fosses nasales où il se continue avec la muqueuse olfactive.

La partie de ce canal contenue dans l'orbite (partie orbitaire du canal lacrymal) est nommée le *sac lacrymal.* Janin l'a comparée à la vessie, parce qu'elle est destinée à recueillir les larmes. — Pour que cette comparaison fût exacte, il faudrait que là où l'orbite s'articule avec le maxillaire supérieur, il y eut un sphincter, ce qui, comme l'a démontré Wrisberg, est loin d'exister ; le sac lacrymal, au lieu de présenter un rétrécissement, s'élargit au contraire.

La portion du canal lacrymal creusée dans le maxillaire supérieur a 2 à 7 lignes de longueur, elle est étroite au milieu et s'évase intérieurement en entonnoir. La portion nasale est remarquable surtout par son appareil de valvules au moyen desquelles ce canal est tout à fait séparé des fosses nasales. Meckel a donné une discription assez exacte de cet appareil valvulaire, mais comme beaucoup d'anatomistes, il ne croyait pas son existence constante. — J.-A. Schmidt admet ce dernier point. Dès 1847, M. Hasner a décrit cette valvule comme un élément constant du conduit lacrymal, il a été fortifié dans cette opinion par des expériences et des recherches répétées.

Pour cet examen l'on doit ouvrir l'antre d'Highmore du côté de la joue après avoir enlevé le plancher des fosses nasales, on reconnaît

(1) Cet ouvrage a été annoncé par nous, p. 120, n° de janvier-mars 1851. Notre numéro de juillet-août en contiendra l'analyse détaillée.
(*Note de la rédaction des Annales d'Oculistique.*)

alors l'orifice du canal lacrymal situé entre le cornet inférieur et la cloison externe du nez.

Sur la paroi interne de l'antre d'Highmore se trouve une voussure de l'os, de forme allongée et dirigée obliquement d'avant en arrière et de haut en bas; cette voussure correspond au canal lacrymal (ou nasal) qui n'est séparé de la cavité de l'antre d'Highmore que par une mince lamelle osseuse. En enlevant avec soin cette lamelle, on rencontre la muqueuse qui tapisse la portion nasale et maxillaire du canal; en incisant cette muqueuse, on peut examiner la surface interne du canal sans avoir dû lacérer la valvule qui l'oblitère. La muqueuse se divise en deux feuillets dont l'un, l'externe, se continue avec la muqueuse nasale et l'autre, l'interne, forme, en se repliant, une valvule dirigée obliquement de haut en bas et de dedans en dehors et qui ferme l'orifice inférieur du canal lacrymal en n'y laissant qu'une ouverture d'une ligne environ. — Ce méat est placé dans les fosses nasales à environ deux pouces de la pointe du nez; la distance entre le méat et le plancher des fosses nasales varie suivant la longueur de la valvule qui ordinairement est située à 1 ligne de distance de l'orifice inférieur du canal nasal. Cette valvule est placée dans le cul-de-sac formé par le cornet intérieur et la portion nasale du maxillaire supérieur et dirigée d'avant en arrière et de bas en haut.

M. Hasner, comme E.-H. Weber, regarde le canal nasal comme un appareil aspiratoire. L'absorption des larmes est en relation intime avec la respiration; en effet, pendant l'inspiration, l'air contenu dans le canal nasal est raréfié, l'air extérieur pèse sur les larmes par les points lacrymaux et les pousse vers le canal nasal; la pesanteur de l'air et le poids spécifique des larmes font céder la valvule du canal nasal. Il est à remarquer que le courant d'air venant par les fosses nasales ne s'oppose pas à l'ouverture de la valvule parce que celle-ci est protégée par le cornet intérieur. — Le cours des larmes ne peut s'exécuter que lorsque la bouche est fermée, car si celle-ci est ouverte la respiration se fait par cette voie et les fosses nasales ne concourent que peu ou point à l'inspiration. — Pendant l'expiration, la valvule est poussée contre la paroi du canal nasal de façon à intercepter la communication entre ce canal et le nez.

On peut encore se rendre compte du mécanisme de la valvule du canal nasal sur le vivant, en faisant fermer le nez et la bouche pour faire une inspiration profonde; on voit alors la région du sac lacrymal s'affaisser; si on fait ensuite une expiration prolongée, toujours avec

le nez et la bouche tenus fermés, on voit le sac lacrymal reprendre son aspect primitif.

Je crois utile, après cette description, de reproduire ici la note de M. le docteur Béraud :

« M. Béraud soumet à la Société des pièces et un dessin pour faire voir des dispositions nouvelles qu'il a trouvées dans les voies lacrymales.

» Sur une pièce, il montre qu'à l'orifice des conduits lacrymaux dans le sac, il existe deux petits tubercules mamelonnés, siégeant l'un au-dessus, l'autre au-dessous de l'ouverture commune de ces conduits. Il y a en même temps, immédiatement au-dessous de cet orifice, une valvule mentionnée par Huschke. Elle se dirige en haut et s'oppose ainsi au passage des larmes dans le sac. Quelquefois cette valvule est circulaire et embrasse ainsi l'ouverture commune des conduits lacrymaux, en représentant une espèce de diaphragme percé à son centre. Elle offre une hauteur de 2 à 3 millimètres et elle tend à venir s'appliquer sur les parois du sac et fermer les conduits qui apportent les larmes. Mais la nature a employé un moyen très-ingénieux, analogue à celui qu'elle a employé pour les valvules sigmoïdes, afin d'empêcher les valvules de se coller d'une manière trop intime sur les parois correspondantes. Ici la nature n'a pas placé les globules sur l'extrémité de la valvule ; il y aurait eu des inconvénients graves. A cause de la direction de la valvule, le globule aurait pesé sur son extrémité libre, et l'aurait renversé, tantôt en dehors, tantôt en dedans. Aussi, voyez comme la nature a été prévoyante, elle a mis ces globules sur la paroi même du sac, à l'ouverture des conduits lacrymaux. Par ce mécanisme différent le même but n'est-il pas atteint?

» Outre cette valvule, que M. Béraud propose d'appeler *valvule supérieure du sac lacrymal*, il en existe une autre vers la réunion du sac avec le canal nasal, et qui doit être appelée, à cause de sa disposition, *valvule inférieure du sac lacrymal*.

» Cette valvule, dont l'existence n'est pas constante, et dont la description ne se trouve dans aucun ouvrage d'anatomie, soit ancien, soit moderne, est située à la paroi inférieure du sac. Elle se détache de la paroi externe de cette cavité et se dirige en haut d'une manière oblique, de sorte que si on la prolonge par la pensée, elle vient rencontrer la paroi interne du sac vers sa partie supérieure. Elle est plus haute que la précédente; elle a environ 1 millimètre de plus; son épaisseur est aussi plus considérable. Celle ci ne présente pas de globules; il n'y a rien sur les parois qui dénote quelque chose d'analogue à ce que nous avons vu pour la valvule supérieure. M. Béraud n'a pas encore étudié la structure de ces valvules; mais il se propose de le faire dans un mémoire spécial où il démontrera l'influence que cet appareil peut avoir dans la pathologie. Il croit surtout que c'est par cette valvule que l'on peut s'expliquer la for-

mation de la tumeur et de la fistule lacrymales et que le traitement de cette affection, qui fait aujourd'hui le désespoir des chirurgiens, doit être basé sur cette connaissance anatomique.

» M. Béraud pense aussi que si la disposition de ce petit appareil n'a pas été vu, cela tient uniquement à ce qu'on ouvrait les voies lacrymales par le côté externe et antérieur. Dans cette préparation, on incisait presque sûrement les valvules. Aussi pour vérifier les les faits avancés par lui, il faudrait ouvrir le canal par sa face interne, comme il le fait toujours (1). »

CORPS ÉTRANGER DANS L'ORBITE. — SORTIE APRÈS DEUX ANNÉES DE SÉJOUR. — OPHTHALMITE GRAVE SUIVIE DE PERTE DE L'ORGANE;

Observation communiquée par le docteur VERHAEGHE, d'Ostende.

Obs. — Le nommé Goes, 58 ans, homme robuste, est entré à l'hôpital vers la fin de l'été pour une ophthalmie de l'œil droit, datant de près de deux ans et ayant résisté à une foule de médications. Nous trouvons la paupière supérieure très-gonflée, cachant en partie le globe de l'œil; la conjonctive oculaire très-injectée, d'une couleur rouge et offrant un léger chémosis autour de la cornée; la partie palpébrale de cette membrane n'est pas moins rouge que le reste et offre ici un aspect velouté, mais sans granulations appréciables : cependant il s'y fait une sécrétion abondante de muco-pus. La vue ne semble gênée que par le gonflement de la paupière, et lorsque l'on soulève ce voile, le malade voit aussi distinctement qu'il est possible de le faire avec une pareille conjonctivite. Le globe de l'œil proémine sensiblement et il en résulte un certain degré d'exophthalmie.

Nous ne pûmes d'abord obtenir aucune donnée sur la cause de cette affection. Le malade assurait n'avoir pas eu d'écoulement urétral; il n'en existait pas dans ce moment; l'absence de granulations devait éloigner l'idée d'une ophthalmie militaire; nous n'avions donc affaire qu'à une ophthalmo-blennorrhée simple. Mais comment se rendre compte de cet ophtalmoptosis? L'inflammation s'était-elle étendue jusqu'au tissu cellulaire de l'orbite et son gonflement avait-il poussé l'œil en avant?

Nous prescrivîmes l'instillation d'une solution légère de nitrate d'argent cristallisé; un purgatif avec le calomel et jalap; lotions très-fréquentes d'eau froide; diète. Le contact du nitrate d'argent fut suivi de vives douleurs et causa un écoulement de sang très-abondant, mais finit cependant par amener un soulagement marqué, au dire du malade.

(1) *Gazette médicale de Paris*, n° 26, p. 413, compte-rendu des séances du mois de mai 1851 de la Société de Biologie, par le docteur Brown-Sequart, secrétaire.

Le lendemain le gonflement de la paupière est moindre; mais la cornée s'est obscurcie, elle a perdu son brillant et offre une couleur légèrement grisâtre : elle est évidemment ramollie et nous avons à craindre sa fonte. En face de ce danger, nous appliquons, à la manière de M. Velpeau, un vésicatoire au devant de l'œil, et nous supprimons les instillations de nitrate d'argent. Le lendemain pas d'amélioration. Injection entre les paupières d'une solution de sulfate de zinc. Le jour suivant, en soulevant la paupière pour examiner l'œil, nous y trouvons un corps étranger caché entre les paupières et que nous reconnaissons pour un morceau de tuyau de pipe en terre, long de 2 centimètres et coupé en deux dans le sens de la longueur. L'autre morceau manque.

La cornée est perforée à son côté interne et supérieur et une portion de l'iris fait hernie à travers cette ouverture. L'ophthalmoptosis a sensiblement diminué. Notre première idée fut que ce corps étranger était sorti par l'ouverture de la cornée; mais en y regardant de plus près, cela ne paraissait pas du tout clair. Comment en effet concevoir qu'un corps aussi volumineux eût séjourné dans l'intérieur du globe de l'œil sans y produire de graves désordres avant d'en sortir? Et nous venons de voir que l'avant-veille encore les divers milieux de l'œil étaient encore dans l'état normal. Il était plus rationel de penser que ce corps étranger avait existé dans l'orbite et y avait séjourné dans le tissu cellulaire d'où il était sorti par l'un ou l'autre point du repli oculo-palpébral de la conjonctive. Alors la fonte de la cornée et sa perforation devenaient une simple coïncidence. Les tentatives que nous fîmes pour éclaircir ce point contestable étant excessivement douloureuses, et désirant cependant dissiper nos doutes à ce sujet, nous soumîmes le malade aux inspirations de chloroforme, et pendant l'insensibilité, il devint très-facile de renverser les paupières et de faire un examen minutieux de la muqueuse; alors nous trouvâmes au grand angle de l'œil, au-dessus de la caroncule lacrymale, une petite élévation fongueuse ayant à son sommet un orifice dans lequel un stylet pouvait être facilement introduit.

Le malade revenu à lui fut questionné de nouveau sur la manière dont ce morceau de pipe pouvait avoir été introduit dans son œil, et voici l'histoire qu'il nous fit :

« Il y a à peu près deux ans, qu'en revenant chez lui le soir très-tard, » étant pris de boisson, il rencontra des camarades avec lesquels il ne » tarda pas à avoir des démêlés; une rixe s'ensuivit, dans laquelle il » fut très-maltraité. Le lendemain, à son réveil, son œil droit était très- » gonflé, fortement ecchymosé et il ne pouvait pas voir de ce côté. Après » cinq ou six jours ce gonflement commença à se dissiper et la vue revint » insensiblement; mais il se développa bientôt une inflammation qui a » persisté jusqu'à ce jour. Il y a environ un an, continua-t-il, qu'étant à

» travailler, il sentit un besoin pressant d'éternuer et de se moucher, et » il sortit de sa narine gauche un morceau de tuyau de pipe en tout sem- » blable à celui qui a été retiré aujourd'hui de son œil droit. »

Dès ce moment tout s'expliqua. Une main tenant une pipe aura appliqué un violent coup sur l'œil; l'extrémité de la pipe sera entrée dans le grand angle de l'œil en rasant le globe, et là, se sera brisé contre les parois osseuses même en ce point; une portion de cette extrémité aura même perforé l'os unguis ainsi que la lame verticale de l'ethmoïde et y sera restée fixée jusqu'au moment de son passage par la narine gauche. L'autre portion sera au contraire restée dans la cavité orbitaire où elle a été cause de l'inflammation grave survenue en dernier lieu, ainsi que de l'ophthalmoptosis.

Les annales d'ophthalmologie renferment plusieurs exemples de corps étrangers introduits dans l'orbite, où ils ont séjourné plus ou moins longtemps, plusieurs années même, en produisant tantôt des altérations de la vue, tantôt ne trahissant leur présence par aucun signe. Mackenzie cite plusieurs faits de ce genre : l'un d'entre eux offre une grande analogie avec celui que nous venons de rapporter. Un jeune homme assis tranquillement reçut, au milieu de la paupière supérieure, l'extrémité d'un tuyau de pipe qui fut poussé avec force. Le corps s'enfonça profondément entre le globe de l'œil et les parois de l'orbite en se brisant dans la plaie. On put juger d'après la longueur qui manquait à la pipe, qu'une portion de trois pouces environ devait être restée dans la plaie. L'œil était tourné en haut et pressait la paupière contre le rebord de l'orbite; la pupille était dirigée en haut et le blessé ne pouvait voir de cet œil. M. White, le chirurgien qui fut appelé, commença par replacer l'organe dans sa situation normale; ce qui eut lieu subitement après quelques tentatives, et la vue fut aussitôt rétablie. Aucun corps étranger ne fut aperçu. Cependant le jeune homme se plaignait d'une odeur de fumée de tabac dans le côté du nez correspondant à l'œil blessé, incommodité qui persista fort longtemps; environ deux ans après il vint informer son médecin que le matin du même jour il avait, dans un accès de toux, rejeté un morceau de tuyau de pipe mesurant deux pouces de longueur, et six semaines après il rejeta, de la même manière, un autre morceau d'un pouce de long.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Journaux français.

Gazette des Hôpitaux.

Guérison de ptérygion par un nouveau procédé, dit par dérivation. — Voici ce procédé, qui est employé par M. Desmarres :

On commence par disséquer le ptérygion du sommet à la base dans toute son étendue, de manière à ne pas occasionner de perte de substance. Le ptérygion étant ainsi disséqué et renversé du côté du nez, on incise le bord inférieur de la plaie faite à la conjonctive, suivant une direction parallèle à la circonférence de la cornée, dans l'étendue de 6 à 8 millimètres. Cette incision doit être assez large pour que l'extrémité du ptérygion, devenue libre par la dissection, puisse y être introduite. Les choses ainsi disposées, le lambeau formé par le ptérygion est fixé dans cette incision par quelques points de suture, dont le principal réunit le sommet du lambeau, celui qui arrivait sur la cornée, à la partie la plus angulaire de l'incision, en bas. Les fils sont enlevés au bout de quarante-huit heures.

Chez un des malades vus par M. Foucart, la guérison est complète, et il n'y a plus de traces de vaisseaux se rendant à la cornée. Chez l'autre, quelques vestiges de vaisseaux semblaient faire craindre la reproduction du ptérygion ; mais l'expérience des faits a prouvé à M. Desmarres que, sous ce rapport, on devait être complétement rassuré. Ce dernier sujet est opéré depuis plus de six semaines. Un fait assez curieux, c'est que, chez lui, la muqueuse, en se contractant, a imprimé à l'œil un léger mouvement de rotation sur son axe antéro-postérieur ; disposition qui, du reste, ne nuit en rien à la vision.

Comme détail de l'opération, M. Desmarres fait remarquer que les sutures doivent être placées un peu loin des bords de la plaie et faites avec un fil très-gros, dont les extrémités sont réunies par un double nœud. Cette précaution est nécessaire pour faciliter les recherches des fils qui pourraient être recouverts par le boursouflement inflammatoire de la muqueuse lorsqu'il s'agit d'enlever les sutures.

Du traitement de la fistule lacrymale par la destruction du sac lacrymal au moyen du cautère actuel. — Nous allons reproduire textuellement ce qu'on lit au sujet de cette méthode dans la *Gazette des Hôpitaux* du 7 juin :

« Tous les chirurgiens connaissent la difficulté d'obtenir la guérison de la tumeur lacrymale chronique et de la fistule. Les anciens, qui sans doute avaient constaté les mêmes difficultés, attaquaient cette maladie par le fer et le feu, dans le but d'amener l'oblitération du sac. Mais leurs procédés avaient été complétement oubliés, quand Nannoni chercha à détruire le sac par un caustique. Cette pratique, que beaucoup de chirurgiens ont expérimentée, et que M. Desmarres lui-même a essayée dès 1847, lui a été positivement de la plus grande utilité, et il n'y a aucun doute que Scarpa, qui a si rudement blâmé Nannoni, n'avait pas vu les résultats obtenus par son compatriote.

» Dans les premières opérations pratiquées par M. Desmarres, il s'est servi du caustique de Vienne, du nitrate d'argent, et dans l'un comme dans l'autre cas, surtout quand il a fait usage de la pâte de Vienne, il est survenu des accidents inflammatoires si considérables, que le chirurgien a dû concevoir un instant des craintes sérieuses, et qu'il a complétement abandonné cette manière de détruire le sac. C'est alors qu'il a songé à se servir, pour détruire cette partie, d'un cautère actuel particulier assez semblable à celui d'Ambroise Paré, connu sous le nom de *tête de moineau*.

» Le feu doit être appliqué plus ou moins profondément, suivant qu'il s'agit de détruire le sac lacrymal seul, ou de cautériser simultanément cette partie et les os cariés ; en d'autres termes, selon que l'on a affaire à une fistule simple sans complication du côté des os, ou que ces derniers sont en même temps malades.

» Dans le premier cas, le fer rouge est promené sur le sac lacrymal à l'endroit où il est entouré de toutes parts par les os, et ramené très-superficiellement et avec rapidité sur toutes les parties accessibles du sac. On a soin, pour éviter des récidives et afin que l'oblitération soit complète, de relever l'extrémité du cautère et de la glisser aussi haut que possible vers le tendon du muscle orbiculaire. Quelquefois même il est indispensable, surtout dans les cas de tumeur lacrymale en gourde ou bilobée, et dont une partie est située au-dessus du tendon et l'autre au-dessous, il est indispensable, selon nous, de faire arriver le cautère jusqu'au-dessus du

tendon, de manière à détruire la partie du sac lacrymal distendue et en rapport direct avec le conduit lacrymal supérieur.

» Dans le second cas, la première application du cautère se fait immédiatement sur la partie des os reconnue malade. Le chirurgien doit avoir grand soin de les détruire le plus profondément possible. De là le cautère est ramené sur les parties muqueuses et les détruit, comme nous venons de le dire dans les cas de fistules simples.

» Des applications d'eau froide sur le grand angle de l'œil, renouvelées pendant plusieurs heures, ont été jusqu'ici suffisantes pour arrêter la réaction. Dans un seul cas (sur un nombre très-considérable), un opéré a été pris d'érésipèle, à la suite duquel il n'y a eu rien autre chose d'ailleurs de compromettant, ni pour l'œil, ni pour la santé générale. Le lendemain de l'opération les paupières sont un peu tuméfiées, œdémateuses; mais dans aucun cas l'œil n'est rouge, ou il ne l'est que fort peu. Une chose remarquable, c'est que si l'on a employé le cautère rougi à blanc, et c'est ainsi que l'on doit toujours l'appliquer en chirurgie, la douleur est immédiatement éteinte, et le malade, tout aussitôt après l'opération, accuse un sentiment de bien-être presque surprenant. La suppuration s'établit du troisième au quatrième jour, et, dans les cas de fistule simple, la plaie se ferme du quinzième au vingtième jour. Mais, quand elle est compliquée, la suppuration est naturellement beaucoup plus longue, et quelquefois même il est nécessaire de revenir une ou plusieurs fois à l'application du feu.

» M. Desmarres nous a dit avoir opéré plusieurs malades chez lesquels, à la suite du traitement par le procédé de Scarpa, on voyait se former au-dessous du tendon de l'orbiculaire un enfoncement infundibuliforme cutané, correspondant à l'endroit où l'ouverture de la fistule avait été faite par le chirurgien, et chez lesquels la tumeur lacrymale s'était reproduite entre ce point et le tendon de l'orbiculaire. Dans ces cas le bistouri, introduit dans la tumeur, divise l'infundibulum en deux parties, et fait une plaie d'environ 2 centimètres, dans laquelle les deux côtés sont disséqués et séparés de leurs adhérences avec les os. On introduit dans cette plaie un cautère rougi à blanc, et du même coup on fait disparaître et la tumeur lacrymale et l'infundibulum cutané, c'est-à-dire la maladie et la difformité. La suppuration qui survient à la suite de la cautérisation rétablit le niveau de la peau dans la région du sac lacrymal.

» Tous les malades opérés de cette manière se trouvent débarrassés d'un larmoiement et d'une suppuration incommodes, accompagnés trop souvent de blépharites et de conjonctivites d'autant plus rebelles, qu'elles sont entretenues par la maladie du sac. A partir du moment où celui-ci a été complétement détruit, la glande lacrymale ne sécrète plus que la quantité de larmes absolument nécessaire à la lubréfaction de l'œil. Ce fait, déjà observé par Delpech, Volpi, Biangini, Velpeau, et tout récemment par M. Stoeber (de Strasbourg), est désormais, pour M. Desmarres, hors de toute contestation. Tous ses opérés, et ils sont nombreux, ont été débarrassés de leur larmoiement depuis qu'ils ont été débarrassés de leur sac lacrymal malade, qui joue ici le rôle de l'épine de Van Helmont. Il n'y a donc pas à se préoccuper, en détruisant le sac, de ce que deviendront les larmes. Évidemment à l'état physiologique, et lorsque le sac lacrymal ne présente aucune inflammation, les larmes sont sécrétées en très-faible quantité, et ce n'est que très-rarement qu'il en passe par les conduits. Il en arrive encore moins dans le sac lacrymal et le canal nasal.

» Le seul inconvénient que puisse offrir ce procédé est donc bien léger, puisqu'il n'y a de larmes en quantité suffisante pour être appréciée que dans des cas exceptionnels, lorsque l'œil est enflammé ou irrité, ou que le malade se trouve sous l'influence d'émotions morales tristes.

» Vingt-cinq ou trente opérations de fistule lacrymale par ce procédé ont été pratiquées sous les yeux de M. Desmarres par M. le docteur Roumier, et ont présenté des résultats absolument semblables aux siennes, qui sont beaucoup plus nombreuses. Chez tous ces malades le larmoiement a disparu, à quelques rares exceptions près, et n'est plus pour eux l'objet d'aucune incommodité.

» M. Desmarres nous a fait voir deux malades chez lesquels cette opération avait été faite par le procédé que nous venons d'indiquer.

» L'un est un homme de la campagne qui était atteint depuis fort longtemps d'une tumeur lacrymale très-volumineuse, accompagnée, quand il s'est présenté à l'examen, d'un ectropion sarcomateux très-développé. La tumeur fut ouverte dans une étendue de plus de 2 centimètres jusque sur le tendon de l'orbiculaire; les deux lèvres de la plaie furent écartées l'une de l'autre au moyen d'érignes, et le sac lacrymal fut cautérisé dans toute l'étendue des parties accessibles.

» Le lendemain, le malade ne présentait pas de gonflement de la partie malade, et le quinzième jour, moment auquel M. Desmarres nous l'a fait voir, la plaie était complétement fermée, et la pression ne faisait plus refluer ni pus, ni larmes par les conduits lacrymaux restés ouverts. Depuis cette époque, l'ectropion s'est singulièrement modifié sans que l'on y ait encore rien fait ; et l'œil, presque toujours malade avant l'application du feu, est aujourd'hui parfaitement sain. Quelques cautérisations avec le sulfate de cuivre ou le nitrate d'argent suffiront, sans aucun doute, pour redresser complétement la paupière.

» Nous avons omis de dire que, dans quelques cas, dans le premier mois qui suit l'opération, on remarque que la pression exercée avec le doigt fait refluer des larmes par les conduits. Lorsque pareille chose se rencontre, M. Desmarres oblitère ces conduits par le feu ; et pour cela, voici comme il procède : un linge mouillé est appliqué sur l'œil ; un stylet très-fin est introduit dans le conduit lacrymal, puis on approche aussi près que possible de la face une bougie dans la flamme de laquelle est placée la portion libre du stylet. L'instrument s'échauffe rapidement et le canal est cautérisé. Quelques applications d'eau froide sont faites ensuite, comme après la cautérisation du sac.

» Le second malade que M. Desmarres a fait passer sous nos yeux est un sujet de soixante-six ans, qui avait été opéré une première fois par M. Desmarres, suivant le procédé de Dupuytren. La canule demeura deux ans en place sans occasionner la moindre incommodité. Mais tout à coup, il y a environ deux mois et demi, une inflammation aiguë du sac lacrymal survint ; il fallut ouvrir un abcès et enlever la canule. On constata une carie profonde des os. Un stylet introduit dans la région lacrymale pénétrait à la distance de plusieurs centimètres, et arrivait jusque dans le pharynx. Ce malade fut vu en consultation par plusieurs médecins et chirurgiens des hôpitaux. La cautérisation du sac et des os reconnus malades fut faite énergiquement ; et aujourd'hui, deux mois à peine après l'opération, la plaie est fermée et complétement cicatrisée ; le larmoiement a disparu tout à fait, et l'œil est parfaitement sain.

» Y aura-t-il des récidives ? Nous espérons que non, la suppuration ayant été très-étendue, et les adhérences entre la peau et les os étant actuellement devenues très-intimes. »

Blépharoplastie de la paupière inférieure. — Autoplastie oblitérante de l'orbite à la suite de l'ablation du globe de l'œil et de ses annexes. — Dacryocystoplastie ou restauration anaplastique du sac lacrymal. — Ces trois points viennent d'être traités par M. Chassaignac dans un *Mémoire sur l'autoplastie faciale* lu à la société de Chirurgie de Paris. — Il s'agit d'abord d'une blépharoplastie pratiquée sur un malade de 61 ans, atteint d'hémiplégie, qui avait perdu la paupière inférieure du côté droit et une partie joignante de la joue, ainsi que la portion de conjonctive tapissant l'hémisphère inférieur de l'œil, de telle sorte qu'on a dû disséquer presque sur la sclérotique. L'opération eut lieu le 30 août 1849. Le malade quitta l'hôpital le 10 novembre; sept mois après il y revint présentant une recidive de cancer qui, cette fois, a complétement respecté le lambeau autoplastique. Nouvelle opération le 30 mai 1850; cicatrisation le 17 juin; présentation du malade à la Société de chirurgie le 14 août.

M. Chassaignac considère ce fait de récidive qui a respecté complétement le lambeau autoplastique comme venant à l'appui de l'opinion de M. Martinet (de la Creuse), en ce sens que les lambeaux autoplastiques sont réfractaires à la reproduction de l'affection cancéreuse, qui, dans ce cas, s'était arrêtée juste à la limite du lambeau.

A cette occasion, l'auteur du mémoire examine d'une manière générale la valeur des faits qui peuvent être invoqués à l'appui de la théorie de M. Martinet, et il constate la difficulté de trouver dans un fait clinique le caractère démonstratif nécessaire pour prouver que l'autoplastie s'oppose à la repullulation du cancer.

L'autoplastie oblitérante de l'orbite à la suite de l'ablation complète du globe de l'œil et de ses annexes a été obtenue par l'autoplastie avec glissement dû au décollement de toute la zone palpébrale externe. Jusqu'alors on n'avait point obtenu une clôture complète de la base de l'orbite par les voiles palpébraux; il restait toujours un point non oblitéré, soit qu'il fût entretenu par la persistance de la totalité ou d'une partie de la glande lacrymale de l'orbite, soit par toute autre cause. L'oblitération absolue, telle qu'elle a été obtenue dans le cas rapporté par notre collègue, lui paraît due non-seulement au décollement de la zone palbébrale externe qui a permis de faire refluer les téguments vers la partie interne, mais encore à ce que l'opération, ayant dû détruire la paroi interne de l'orbite qui était envahie par le cancer, avait établi entre l'orbite et les fosses nasales

une communication qui permettait à l'air d'arriver dans l'orbite en arrière du voile membraneux formé par l'adhérence des paupières.

La dernière partie du mémoire qui se rapporte à la dacryocystoplastie ou autoplastie du sac lacrymal. — L'auteur cherche d'abord à établir qu'il existe des fistules lacrymales absolument réfractaires à tous les moyens connus de traitement, sauf l'autoplastie. C'est à une de ces fistules qu'on a eu affaire; on pouvait employer le procédé de Dieffenbach, qui se trouve décrit tout au long dans le mémoire de M. Chassaignac, circonstance qui pourra paraître utile, vu que ce procédé, fort peu connu en France, n'est décrit dans aucun des ouvrages que l'on y a continuellement entre les mains. Ce n'est pas de ce procédé que l'auteur a fait usage; après avoir détruit dans une incision en forme de V les tissus qui formaient le pourtour de la fistule, il a taillé deux lambeaux, l'un à la partie inférieure, l'autre à la partie supérieure, lambeaux dont la réunion a complétement fermé l'orifice fistuleux.

Voici, du reste, quelques détails de l'observation consignée *in extenso* dans le mémoire de M. Chassaignac, qui regarde l'autoplastie » comme devant être substituée en principe à la méthode barbare de » la cautérisation destructive, méthode qui depuis quelque temps » semble reprendre faveur parmi les oculistes. »

Il s'agit d'un homme âgé de trente ans, entré à l'hôpital Saint-Antoine le 23 octobre 1849. Traité huit ans auparavant à l'hôpital Necker par Auguste Bérard pour une fistule lacrymale, qui, si elle n'est pas congénitale, date du moins de la première enfance. Bérard, ayant constaté par un cathétérisme attentif tant des conduits lacrymaux que du canal nasal l'oblitération de ce dernier, se vit dans la nécessité de pratiquer une voie nouvelle à travers l'os unguis d'après le procédé de Woolhouse. Rétablissement du passage des larmes dans les voies nasales; mais persistance d'une fistule que Bérard ne put jamais tarir, malgré les moyens les plus variés et les plus puissants, notamment l'application du fer rouge. Cette infirmité, nuisant au malade pour gagner sa vie, le porte à réclamer les conseils d'un confrère, qui l'envoie à l'hôpital Saint-Antoine. Première opération consistant dans l'extraction de la canule placée par Bérard.

Dans les premiers jours de février, opération d'autoplastie consistant à enlever les parties adhérentes et dans leur centre l'orifice cutané de la fistule. Dissection de deux lambeaux, l'un supérieur, l'autre inférieur, ce qui permet de masquer complétement l'orifice profond de la fistule. Guérison. Absence d'épiphora.

Le malade, à sa sortie de l'hôpital, pouvait rester pendant l'espace de six heures sans avoir besoin de s'essuyer l'œil, ce qu'il était obligé de faire à chaque instant au moment de son entrée.

La discussion suivante s'est élevée à la suite de la lecture du mémoire de M. Chassaignac :

« M. Maisonneuve combat l'autoplastie palpébrale après l'ablation complète de l'œil afin d'amener l'occlusion des paupières; en effet, il n'est point impossible, même quand l'œil a été complétement enlevé, d'appliquer un œil artificiel; seulement, il faut un œil différemment construit que celui que l'on destine à corriger la difformité résultant de l'amputation : il faut se servir d'une espèce de globe dont la partie postérieure peut être disposée de telle sorte qu'elle s'adapte parfaitement à l'orbite.

» M. Monod a pratiqué l'année dernière l'ablation de l'œil, et un œil artificiel corrigeait tellement bien la difformité qu'à quelques mois de distance il ne pouvait reconnaître l'œil artificiel de l'œil naturel quand le malade était un peu éloigné; toutefois, il faut ajouter que M. Monod, en pratiquant son ablation de l'œil, a fait subir au procédé opératoire généralement suivi une petite modification assez importante; au lieu de couper la conjonctive oculaire au niveau du cul-de-sac que forme cette membrane en se portant de la paupière sur le globe oculaire, il la détache du pourtour de la cornée; de cette façon il prévient autant que possible l'enfoncement des paupières après l'ablation de l'œil.

» M. Chassaignac convient que la difformité résultant de l'ablation de l'œil peut être corrigée par un œil artificiel; mais il est telle circonstance où ce moyen ne peut être appliqué. C'est alors que l'autoplastie, telle qu'il la pratique, peut être utile.

» M. Deguise fils demande à M. Chassaignac s'il admet en principe qu'il faille perforer l'os unguis avant d'établir l'occlusion des paupières. Il a eu récemment occasion de pratiquer l'occlusion des paupières sur un cocher, qui, dans un rixe, avait perdu un œil : les paupières étaient renversées. Avant de pratiquer l'occlusion de ces voiles, la glande lacrymale fut enlevée. La réunion des paupières s'est fait attendre; mais le résultat ne peut être un instant douteux.

» M. Maisonneuve combat en principe l'ablation de la glande lacrymale et la perforation de l'unguis avant de tenter l'occlusion des paupières. Deux fois il a fait cette opération, et ne s'est point occupé de cette glande. Il faut ajouter que, dans les deux opérations qu'il a faites, il a respecté les points lacrymaux, et que l'occlusion n'a jamais été complète.

» Tout récemment il a fait l'opération qui nous occupe à un nommé Naquard, que tout le monde a vu dans le service de Lisfranc, et qui avait perdu un œil à la suite d'une brûlure; l'occlusion fut incomplète, mais ce qu'il importe de faire remarquer, c'est que cet individu, dont la

cornée de l'œil sur lequel la réunion des paupières a été faite était opaque, et ne laissait passer aucun rayon lumineux, a recouvré, à un faible degré il est vrai, la faculté de voir dans l'œil malade après l'opération. »

Journaux belges.

Annales de la Société de Médecine pratique de la province d'Anvers, établie à Willebroeck.

Maladies oculaires observées dans la classe pauvre et ouvrière de la province d'Anvers. — Le *Rapport* qu'on va lire, et que viennent de publier les *Annales de la Société de Médecine de Willebroeck*, a été adressé par nous à M. le Gouverneur de la province d'Anvers. Nous devons le reproduire pour l'intelligence de quelques travaux qui y font suite et que nous insérerons prochainement dans nos *Annales :*

Bruxelles, le 3 juin 1851.

Monsieur le Gouverneur,

Par lettre en date du 4 octobre dernier, 6e division, n° 46, M. le Ministre de l'intérieur vous a invité à faire examiner par la députation permanente de la province d'Anvers, s'il serait possible de fonder, à Anvers, un institut ophthalmique provincial.

Ce Collége, reconnaissant les services importants que les établissements de ce genre, créés à Bruxelles, à Mons et à Namur, rendent à une grande partie de la population, mû d'ailleurs par les considérations d'humanité et d'économie qui en recommandent la propagation, a immédiatement recherché les moyens d'assurer aux ophthalmiques indigents de la province d'Anvers les secours que les malheureux de cette catégorie rencontrent dans les provinces de Brabant, de Hainaut et de Namur. Il s'est adressé à la Députation permanente du Brabant pour obtenir qu'un certain nombre de lits fût tenu à sa disposition à l'Institut ophthalmique de Bruxelles.

Il lui a été répondu que six lits pourraient être spécialement réservés à la province d'Anvers, à la condition que cette province soldât une somme de fr. 1,000 pour l'achat de six fournitures et de leurs accessoires et versât annuellement à la caisse de l'Institut du Brabant, une somme à déterminer pour l'entretien et le renouvellement de ces fournitures, etc. Cet arrangement ne pourrait avoir lieu que sous la stipulation expresse que la rentrée des

sommes dues pas les communes, pour frais de séjour de leurs malades, aurait lieu à votre diligence.

L'administration des hospices d'Anvers, que vous avez consultée, vous a fait connaître qu'il lui était impossible d'affecter aucun de ses locaux à la création d'un service ophthalmologique ; que, dans tous les cas, elle ne pourrait le faire aux conditions posées par la province de Brabant, où la journée d'entretien, fixée à 1 fr., était d'ailleurs inférieure à celle des hôpitaux d'Anvers, qui est de 1 fr. 50.

Avant de prendre une décision, vous avez désiré savoir si j'estimais que le nombre de six lits était suffisant pour les besoins de la province d'Anvers et quel pourrait être approximativement le nombre de malades traités annuellement au moyen de cette ressource. J'ai dû vous faire la remarque que je ne pouvais fonder mes évaluations que sur les chiffres fournis par la visite à laquelle j'avais procédé en 1846 ; mais que cette visite ayant eu lieu par convocation des malades aux chefs-lieux d'arrondissement, on ne pouvait en tirer que des conclusions plus ou moins douteuses. Je vous ai proposé de faire une nouvelle visite, mais cette fois dans quelques chefs-lieux de cantons, en donnant avis aux administrations communales des cantons les plus voisins qu'elles pouvaient m'y envoyer leurs ophthalmiques.

Vous avez bien voulu accéder à ma demande. Je me suis rendu, le 29 mars, au chef-lieu du canton de Contich ; le lendemain, j'étais à Lierre, où vous aviez convoqué, outre les malades de ce canton, ceux du canton de Heyst-op-den-Berg. Ceux des cantons de Duffel, Malines et Puers ont été appelés à Malines le 5 avril; le jour suivant, j'ai visité, à l'hôtel de ville d'Anvers, les ophthalmiques qui étaient venus des cantons d'Anvers, Brecht, Eeckeren et Wilryck.

Je vais essayer, en combinant mes notes de 1846 avec celles que je viens de recueillir, de satisfaire à la demande que vous m'avez faite.

Pour mieux y parvenir, j'ai placé, en regard, dans le tableau ci-après, les résultats numériques de mes visites de 1846 et 1851 :

NATURE DE LA MALADIE.	NOMBRE DES inscriptions EN 1846.	NOMBRE DES inscriptions EN 1851.	TOTAL des inscriptions.	OBSERVATIONS.
Ophthalmie dite militaire ou contagieuse.	16	62	78	1 à la période aiguë, 37 à la période sub-aiguë, 16 à la période chronique, 24 cas de granulations indolentes.
» scrofuleuse	30	50	80	28 avec combinaison arthritique, 45 avec combinaison catarrhale ou catharro-rhumatismale.
» catarrho-rhumatismale	5	20	25	
» » arthritique	11	8	19	
» des vidangeurs	6	»	6	
» des nourrices	4	3	7	
Lésions et accidents suites d'ophthalmie scrofuleuse	16	35	51	
» arthritique	15	15	30	Accidents occasionnés par les combinaisons arthritiques ou rhumatismales.
» rhumatismale	9	21	30	
» militaire	11	28	39	Dont 19 pensionnés de l'État et 9 anciens militaires.
» des nouveau-nés	2	9	11	
» des nourrices	2	»	2	
» varioleuse	1	1	2	
» gonorrhoïque	3	»	3	
» traumatique	4	3	7	
Blépharite scrofuleuse	5	11	16	Dont 2 avec carie orbitaire.
» sénile	10	5	15	
Irido-capsulite scrofuleuse	1	3	4	
» arthritique	1	1	2	
» syphilitique	3	1	4	
Cataracte	15	19	34	
» congénitale	1	»	1	
» capsulaire secondaire	6	1	7	
Amaurose torpide	9	12	21	Dont 2 congénitales.
Amblyopie congestive	7	13	20	
» presbytique	11	7	18	
Choroïdite	23	17	40	
Glaucôme	14	5	19	
Paralysie de la troisième paire	1	1	2	
Strabisme	9	»	9	
Épicanthus	1	1	2	
Ectropion	1	4	5	
Entropion et trichiasis	10	11	21	
Xerosis conjunctivae	1	»	1	
Ptérygion	1	»	1	
Tumeur enkystée de l'orbite	1	»	1	
Maladies des voies lacrymales	13	7	20	
Naevus maternus des paupières	1	2	3	
	280	376	656	

Je ne pourrais, sans m'éloigner complétement du but que je dois poursuivre ici, entrer dans les considérations que fait naître l'exa-

men de ce tableau, tant sous le rapport de la nature, que sous celui de la fréquence relative des diverses affections oculaires qui se rencontrent dans la province d'Anvers. Je me bornerai à vous dire que l'on y trouve la confirmation de ce que j'ai signalé pour la province de Brabant, dans un rapport livré à l'impression en 1847 (1); quelques particularités méritent toutefois de fixer sérieusement l'attention; telles sont : la fréquence de l'amblyopie presbytique et des combinaisons arthritiques dans les localités où l'on fabrique la dentelle, les nombreux accidents occasionnés par l'ophthalmie scrofuleuse et certaines autres formes d'ophthalmie; les préjugés, plus vivaces encore que dans le Brabant, qui font que la plupart des indigents ophthalmiques, dans les campagnes surtout, ne songent à recourir aux secours de la médecine qu'après qu'il est déjà survenu des accidents graves et souvent irremédiables, dus, en majeure partie, à l'emploi de remèdes empiriques.

Je ne manquerai pas d'élaborer, au sujet de ces particularités, de même que sur la nature des affections oculaires que j'ai observées dans votre province, une note que j'aurai très-prochainement l'honneur de vous soumettre. Selon votre désir, je donnerai une attention toute spéciale à l'ophthalmie dite militaire ou contagieuse, dont la fréquence parmi les populations doit toujours exciter l'attention sous le double point de vue de l'humanité et de l'administration.

Comme vous le remarquerez, j'ai rencontré :

En 1846, sur 280 inscriptions,	16 cas de cette maladie.
	11 cas d'accidents qui en étaient la suite.
En 1851, sur 376 inscriptions,	62 cas de la maladie.
	28 cas d'accidents consécutifs.

En tout . . . . . 117 cas, tant de cette ophthalmie que d'accidents consécutifs, sur 656 inscriptions.

En d'autres termes, en 1847, il s'en est présenté 1 cas sur 11 malades; en 1851, j'en ai noté 1 cas sur moins de 5 ophthalmiques.

Cette différence proportionnelle pouvant vous effrayer, j'ai hâte de vous faire remarquer qu'elle tient, en partie, à ce que, cette

(1) *Recherches statistiques sur la nature et les causes des maladies oculaires observées en Belgique et en particulier dans la province de Brabant.* — Rapport adressé à M. Liedts, Gouverneur du Brabant, etc. — Bruxelles, 1847, in-8°.

année, les administrations communales d'Anvers et de Malines m'ont fait visiter, sur votre invitation, tous leurs anciens militaires devenus aveugles au service ou depuis leur libération, et, en partie aussi, à une note spéciale placée au bas des états nominatifs des malades envoyés aux chefs-lieux de canton. Il faut également faire entrer en ligne de compte cette circonstance que les administrations communales savent aujourd'hui beaucoup plus généralement qu'en 1846, que le département de la justice accorde des secours annuels à celles d'entre les victimes de l'ophthalmie militaire qui, par suite de certaines circonstances spéciales, ont perdu leurs droits à un secours ou à une pension sur les fonds du budget de la guerre. Je dois ajouter encore que j'ai compris, dans la colonne de 1851 de mon tableau, 28 pensionnaires de l'hospice des Orphelines de Lierre, établissement dont j'aurai à vous entretenir d'une manière toute particulière, pour vous faire connaître comment un praticien judicieux et habile, M. le docteur Hessels, a réussi à y dompter complétement et sans avoir à déplorer le moindre accident, l'épidémie qui y a régné; la conduite scientifique tenue par ce chirurgien mérite d'être signalée et pourra être présentée comme un exemple à suivre dans les hospices qui vous ont été signalés et dans lesquels on lutte vainement contre le mal, depuis plusieurs années déjà.

C'est aux causes que je viens de vous signaler que doit surtout être attribuée l'augmentation du chiffre des cas d'ophthalmie militaire accusée par le tableau ci-dessus; il n'en résulte cependant pas qu'il n'y ait pas progression depuis cinq ans. Le contraire a malheureusement lieu; il s'en faut immensément toutefois que le mal ait pris dans la province d'Anvers les proportions qu'il revêt dans la province de Brabant; ici, nous comptons aujourd'hui 1 cas d'ophthalmie militaire sur 6 malades; dans la province d'Anvers on n'en rencontre (les hospices exceptés) que 1 sur 21 inscriptions, dès que l'on cesse de comprendre dans le calcul les militaires pensionnés ainsi que les malheureux qui ont contracté leur maladie au service de l'État et sont devenus aveugles ou incapables de travail depuis leur rentrée dans leurs foyers. La proportion que je signale est néanmoins assez importante pour exciter votre sollicitude et pour vous démontrer la nécessité de prendre des mesures destinées à assurer à cette catégorie d'ophthalmiques, les secours pécuniaires auxquels ils ont droit ainsi que les soins médicaux que réclame leur état, et à faire obtenir aux administrations commu-

nales dont les budgets sont insuffisants, des subsides pour les aider à couvrir les frais de séjour dans un institut ophthalmique.

Je reviens maintenant à l'objet spécial de ce rapport, dont j'ai dû un instant m'écarter.

Le nombre de malades qui m'ont paru devoir être envoyés dans un hôpital ou dans un institut ophthalmique, s'élève à 93 sur 656 inscriptions, savoir :

32 sur les 280 de 1846,
61 sur les 376 de 1851.

Ces chiffres ne doivent toutefois pas servir de guides pour l'appréciation que vous m'avez demandée. En effet, il existe dans la province d'Anvers un *fonds* d'aveugles susceptibles de récupérer, par une opération, la faculté visuelle qu'ils ont perdue, la plupart depuis un grand nombre d'années. Ce *fonds* s'élève à près de 1/5e. D'un autre côté, je n'ai pas visité tous les cantons de la province. Tout ce qu'il m'est permis de vous dire, c'est que je crois pouvoir conclure des données que j'ai recueillies jusqu'à ce jour, que le nombre des ophthalmiques qui se présenteront annuellement aux visites cantonales, dans la province d'Anvers, s'élèvera, en moyenne, à 600, indépendamment des épidémies qui pourraient survenir ou de l'invasion et de la propagation de l'ophthalmie militaire dans quelques établissements de charité. Or, l'expérience nous a démontré, dans le Brabant où les visites cantonales sont instituées depuis huit ans, que l'on compte environ 1 malade à appeler à l'Institut sur 10 inscrits; il en résulte que les ophthalmiques à envoyer dans le service à créer s'élèverait à 60. Mais il est démontré que les 4/6 seulement des malades inscrits dans le but que je viens de spécifier, arrivent à l'Institut; en général 2/6 restent en arrière, soit parce qu'ils refusent de se laisser soigner, soit parce que les administrations communales ne consentent pas à s'engager à solder les frais d'entretien, etc. Il s'agit donc, tout d'abord, de savoir si les six lits tenus à votre disposition pourraient suffire pour le traitement de ces 40 malades.

Ces six lits assureraient 2,190 journées de séjour par an. La durée moyenne du traitement des ophthalmiques appelés dans les instituts étant de 30 jours, les 40 malades ne dépenseraient que 1,200 journées; il en resterait ainsi 990 disponibles. Aucune crainte ne peut donc être conçue relativement à l'insuffisance des ressources offertes, les 990 journées disponibles assurant l'accès

de l'établissement à 33 malades que les administrations communales pourraient diriger sur Bruxelles lorsqu'elles le croiraient nécessaire, et au surplus d'aveugles opérables qui existe momentanément. — Six lits suffisent donc pour traiter annuellement 73 ophthalmiques, et si ce nombre était dépassé, les malades n'en seraient pas moins admis, pourvu, toutefois, qu'il n'arrivât point que tous les lits destinés au Brabant fussent momentanément occupés ou retenus.

Il va sans dire, monsieur le Gouverneur, que je ne vous offre point les calculs qui précèdent comme infaillibles; je vous les donne uniquement comme fondés sur l'expérience que j'ai acquise depuis huit années dans la province de Brabant; je crois cependant pouvoir affirmer que si je me trompe, l'erreur d'évaluation que je peux commettre doit être fort peu importante.

Vous m'avez encore demandé, monsieur le Gouverneur, de vous remettre une note sur le but des visites cantonales. Ce but se trouve déjà en partie défini dans ce qui précède : elles sont destinées à reconnaître les indigents atteints de maladies, qui, à cause de leur nature, de leur caractère, des soins ou des opérations qu'elles exigent, doivent être soignées à l'Institut. Les lignes suivantes, extraites d'un rapport adressé par la Commission administrative de l'Institut ophthalmique du Brabant à monsieur le Gouverneur de cette province, pour répondre à une demande de M. le Ministre de l'Intérieur, vous feront connaître les résultats que l'on en retire. Je laisse parler ladite Commission :

« Aux termes de notre règlement, le chirurgien en chef de l'Institut » se rend, à des époques déterminées, dans les chefs-lieux de canton, » où il visite les indigents aveugles ou atteints de maux d'yeux. Ces in- » digents lui sont adressés par les administrations communales qui ont » été prévenues à temps, par circulaire du Gouvernement provincial, et » qui ont fait parvenir, dès la veille de la visite, la liste de leurs ophthal- » miques au bourgmestre du chef-lieu cantonal. Le chirurgien transcrit » le nom de ces malades dans un registre *ad hoc;* il prend note de la » nature et de la durée de la maladie de chacun d'entre eux. Il leur » remet un avis écrit lorsque la maladie peut être traitée à domicile; il les » engage à se présenter à la consultation gratuite de l'Institut, lorsqu'il le » juge nécessaire. Il désigne, dans une colonne spéciale, ceux qui sont le » plus gravement atteints et qui peuvent être traités ou opérés, avec » espoir de succès, à l'Institut. A son retour de chacune de ces visites, le » chirurgien nous remet la liste de ces derniers avec un rapport sur

» leur état. Nous nous empressons de mettre des lits à la disposition des » malades chez lesquels il y a péril en la demeure; nous en informons » les administrations communales, en les priant de délivrer aux intéressés une autorisation d'admission dans notre établissement. Si le » cas est trop pressant, le chirurgien écrit directement à l'administration » communale et il nous en donne avis. Pour ce qui est des malades dont » l'opération ou le traitement peut être ajourné sans le moindre danger, » nous les appelons (toujours par voie des administrations communales, » qui doivent autoriser leur admission) au fur et à mesure que des lits » deviennent vacants par suite des sorties qui ont eu lieu.

» Cette exposition du but des visites cantonales et de la règle qui y » préside en fait suffisamment ressortir l'utilité.

» Tout d'abord, elles fournissent une statistique à peu près exacte des » indigents atteints de maux d'yeux guérissables ou opérables. Elles » nous permettent, par conséquent, de prendre toujours les mesures » nécessaires pour leur assurer, dans notre établissement, les soins spéciaux que réclame leur état.

» Ces visites ont encore l'immense avantage de soumettre à la visite » d'un homme spécial et expérimenté, des malheureux dont la plupart, » considérés à tort comme incurables et devant demeurer jusqu'à leur » mort à charge des budgets communaux, peuvent, sous l'influence d'un » traitement souvent de courte durée ou par une opération chirurgicale » convenablement instituée, récupérer, avec une vision plus ou moins » parfaite, l'aptitude à subsister en totalité ou en partie par le travail. » On le croirait à peine, il s'est déjà trouvé parmi les malades de cette » catégorie, qui ont recouvré la vision à l'Institut, des malheureux aban- » donnés comme incurables depuis 29, 25, 20, 15 ans; beaucoup l'étaient » depuis plusieurs années.

« Nous ajouterons que les médecins sont généralement d'accord pour » reconnaître que la presque totalité des ophthalmies graves qui affec- » tent la classe pauvre et ouvrière exigent un traitement médical et des » soins hygiéniques que l'on ne peut rencontrer que dans un établisse- » ment spécial. Aussi est-ce, pour ainsi dire, constamment d'après les » conseils des médecins des pauvres, que les malades se présentent aux » visites de notre chirurgien ou sont envoyés à l'Institut par les admi- » nistrations communales. C'est toujours à ces médecins qu'a recours » M. Cunier, lorsqu'il ne réussit pas immédiatement à faire comprendre » à certains ophthalmiques combien il importe qu'ils se soumettent à un » traitement régulier. Leur concours empressé n'a jamais fait défaut. » Un grand nombre de ces praticiens assistent aux visites cantonales et » usent de toute leur influence pour aider à la réalisation du but qu'elles » sont appelées à remplir.

» Enfin, monsieur le Gouverneur, il est une maladie qui, à elle seule,

» exigerait l'institution des visites cantonales : nous entendons parler » de l'ophthalmie dite militaire ou contagieuse.

» Nous ne vous dirons pas ici les heureux effets exercés par ces visites, » soit en éclairant les administrations communales et les malades sur la » nature et la prophylaxie de cette terrible affection, soit en fournissant » les moyens de faire droit aux demandes de secours et subsides qui vous » sont adressées ou qui sont renvoyées à votre avis par M. le Ministre de » la justice. Grâce à la création de l'Institut, on peut aujourd'hui séques- » trer, jusqu'à leur entière guérison, des malades qui portaient autrefois » la contagion dans leurs familles. Et d'ailleurs, l'ophthalmie militaire, » traitée à son début, guérit toujours rapidement ; lorsqu'elle a jeté pro- » fondément ses racines, elle est, au contraire, rebelle au traitement, qui » est toujours d'une longue durée. Cette vérité si connue, attestée par » nos registres d'entrée et de sortie, montre assez combien il importe de » rechercher les malheureux en proie à cette ophthalmie, presque con- » stamment si bénigne en apparence, et qui, après avoir en quelque sorte » couvé parmi les membres d'une famille, y fait explosion tout à coup, » et y amène, avec la cécité, la désolation et la misère. »

Tel est, monsieur le Gouverneur, le sentiment de la Commission administrative de l'Institut ophthalmique de la province de Brabant, au sujet de la question que vous m'avez posée, et que je ne pouvais mieux résoudre que par la citation que je viens de mettre sous vos yeux.

Les communications que j'ai eu l'honneur de vous faire déjà prouvent que les visites cantonales ne produiront pas des effets moins favorables dans la province d'Anvers.

Ainsi les indigents aveugles ou incapables de travail, que j'ai notés en 1846 et en 1851, comme devant être admis dans un hôpital ou un institut ophthalmique pour y être traités ou opérés, étaient, en moyenne, depuis trois ans, à charge des bureaux de bienfaisance. Parmi les malades qui m'ont été présentés en 1851, il en est qui sont aveugles ou incapables de travail depuis 28, 21, 19, 17, 15, 14, 10 ans. Cinq d'entre ces derniers ont déjà été admis à l'Institut et y ont récupéré la vue, quatre à la suite d'une opération de pupille artificielle :

1 après 19 ans de cécité, le nommé Pootmans, Willebrord, d'Anvers;
1 » 10 » » le nommé Van de Meulegracht, Jean Mathias, d'Anvers;
1 » 5 » » la nommée Laeremans, Anne-Marie, de Wiekevorst;
1 » 15 » » *incomplète*, le nommé Daemen, Jean, de Capellen.

La femme Loocx, de Malines, qui a été opérée avec succès de la cataracte, était aveugle depuis sept ans.

De tous ceux actuellement en traitement, il ne s'en trouve pas un seul qui ne soit aveugle ou incapable de travail depuis moins de 5 ans.

A la suite de ma visite de 1846, les administrations communales de votre province ont consenti à l'admission à l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles (où j'avais à cette époque un service oculistique spécial, aujourd'hui transformé en institut ophthalmique), de 11 malheureux privés de la vue,

1 depuis 16 ans;
1 » 8 ans;
3 » 4 à 6 ans;
2 » plus de 3 ans;
2 » plus de 1 an.

Pour ce qui concerne les secours à accorder aux victimes de l'ophthalmie dite militaire ou contagieuse et les subsides que l'État alloue aux communes pour les aider à faire soigner leurs indigents atteints de cette maladie, des faits vous sont déjà acquis. Lorsque vous avez reçu la circulaire de M. le Ministre de la justice, mes notes recueillies en 1846 vous ont permis de faire valoir les droits de malheureux tombés à charge des bureaux de bienfaisance et qui ignoraient qu'ils eussent droit aux secours de l'État. Un arrêté royal, qui n'a pas tardé à intervenir, a alloué une somme de 735 francs, à distribuer à 8 ophthalmiques, et a mis une autre somme de 375 francs à la disposition de trois communes pour couvrir les frais du séjour de 6 malades à l'Institut du Brabant. La visite de 1851 vous a mis à même de réclamer des secours montant à 1,875 francs, qui ont été mis à la disposition de six bureaux de bienfaisance pour être distribués à 20 aveugles, et des subsides montant à 660 francs, aujourd'hui entre les mains de quatre communes, pour les aider à solder les frais occasionnés par le séjour de 14 ophthalmiques dans l'établissement que je dirige. Dès que les renseignements à fournir par les administrations communales seront complétés, je pourrai soumettre à votre approbation un nouvel état de proposition de secours et subsides en faveur de plus de 30 victimes de l'ophthalmie militaire.

Je me suis efforcé de répondre le plus complétement possible aux questions que vous m'avez posées; je m'empresserai de vous

fournir tous les renseignements complémentaires que vous pourriez estimer nécessaires.

Je dois, avant de terminer, vous rappeler que tous les documents officiels relatifs aux chiffres et aux faits que j'invoque, se trouvent déposés dans vos bureaux.

Le Directeur de l'Institut ophthalmique de la province de Brabant,

Dr Cunier.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Ueber die Anwendung des Chloroformes bei Augenoperationen. — Ein Sendschreiben an den Herrn Professor Van Roosbroeck **in Gent.** — De l'emploi du chloroforme dans les opérations qui se pratiquent sur les yeux. — Lettre adressée au professeur Van Roosbroeck, de Gand, par le professeur J.-C. Juengken, de Berlin. — Berlin, 1850, Starcke, 8°, pp. 24.

Nous avons annoncé dans un de nos derniers numéros (p. 120) que nous nous occuperions du travail de M. Jüngken. Dans l'intervalle, une analyse de sa brochure a paru dans la *Presse médicale belge;* nous avons cru devoir la mettre sous les yeux de nos lecteurs, qui ne manqueront pas de se rappeler que les diverses questions relatives à l'emploi des agents anesthésiques ont été depuis longtemps traitées dans nos *Annales.* Voici l'article de la *Presse médicale* :

« Il y a un an et demi, on présenta au professeur Jüngken une jeune fille de vingt ans, atteinte de cataracte double depuis sa tendre jeunesse, et opérée déjà trois fois sans succès. — Un œil était tellement désorganisé qu'il ne restait plus aucun espoir; dans l'autre, la capsule épaissie empêchait de reconnaître aucunement les objets. Elle voyait bien quelques contours, surtout lorsque les objets lui étaient présentés latéralement; mais elle ne distinguait jamais complétement leurs formes.

» Les essais tentés pour l'opérer, tant par la cornée que par la sclérotique avaient amené une irritation, et par suite une dégénérescence de la capsule, qui la rendait d'un blanc mat. Les capsules ainsi dégénérées à la suite d'irritations inflammatoires ont habituellement des adhérences avec le cercle et les procès ciliaires, qui ne permettent pas de les éloigner au moyen de l'aiguille; les tentatives faites dans ce sens sont même nuisibles, en provoquant la formation d'adhérences toujours de plus en plus solides. — Le seul moyen à employer dans ces cas, c'est l'extraction

pratiquée avec précaution, en se gardant bien d'amener un prolapsus de l'iris ou du corps vitré.

» M. Jüngken allait procéder à l'opération, lorsque la patiente, prise d'un accès nerveux, se mit à pleurer et à se lamenter, et demanda avec instance l'éthérisation. — Lorsqu'elle fut sous son influence, un aide releva la paupière supérieure, M. Jüngken abaissa l'inférieure, et termina l'opération sans difficulté. Il ouvrit la cornée avec un couteau à cataracte, comme dans l'extraction; il saisit la capsule du cristallin avec une pince fine à crochets, et la fit sortir au moyen de tractions répétées et faites avec précaution. Elle était tellement adhérente au cercle ciliaire, qu'il courut risque d'amener la plus grande partie du corps vitré. Lorsque la capsule fit assez fortement saillie hors de l'incision cornéale, elle fut coupée au niveau de celle-ci, au moyen de petits ciseaux de Cooper, et la pupille apparut libre et claire. — On appliqua un emplâtre de taffetas d'Angleterre sur l'autre œil, et l'on transporta l'opérée au lit. — A son réveil, elle ne savait rien de ce qui s'était passé. — Le repos, la diète et quelques sangsues derrière l'oreille du côté malade suffirent pour abattre une légère réaction inflammatoire, et au bout de quatre semaines la guérison était complète.

» Ce fait démontra à M. Jüngken la nécessité de rassembler par des essais nombreux des données sur l'emploi du chloroforme dans les opérations à pratiquer sur les yeux, afin de pouvoir poser les principes de l'application de ce moyen aux cas de l'espèce. Aussi, depuis lors, employa-t-il le chloroforme dans la plupart des opérations de tout genre qu'il eut à pratiquer sur les yeux.

» Rien n'effraye autant les malades que ces opérations : l'homme sans instruction craint la douleur; l'homme éclairé pense avant tout à l'issue; et pour tous c'est un bienfait de faire cesser ces appréhensions. Cela semble toucher au domaine de la fable, de pouvoir rendre la vision à un aveugle pendant un doux sommeil.

» Pour appliquer le chloroforme, on place le malade sur une chaise à dossier assez élevé, comme lorsqu'on opère sans cet agent. Un aide placé derrière lui fixe la tête, et soulève la paupière supérieure au moment donné. Deux aides placés sur les côtés empêchent les mouvements du malade, que l'opérateur maintient également à l'aide de ses genoux. Seulement, dans les cas d'opérations longues et douloureuses, on le fixe au dossier au moyen d'un drap de corps.

» On fait ensuite inspirer du chloroforme jusqu'à ce que le malade soit arrivé à l'état d'anesthésie complète (*stadium soporosum*), et on maintient cet état jusqu'à la fin de l'opération. Lorsque le malade est arrivé à ce degré, l'aide placé derrière lui soulève la paupière supérieure, ce qui est toujours facile, même dans les cas d'étroitesse de la fente palpébrale et

d'enfoncement des yeux, vu l'absence de toute contraction spasmodique du muscle orbiculaire. Elle pend comme un voile inerte, on la relève et on la maintient contre l'arcade orbitaire sans le moindre effort.

» Les muscles de l'œil sont aussi relâchés; plus de mouvements volontaires, convulsifs; l'œil reste immobile, dirigé en haut comme dans le sommeil. On peut l'amener en bas en tirant fortement sur la paupière inférieure et la conjonctive. La pupille est immobile, ni dilatée, ni contractée; si on l'a dilatée par des instillations de jusquiame, elle reste dans cet état.

» Ainsi, le relâchement des paupières et des muscles de l'œil facilite beaucoup l'opération, et diminue l'irritation subie par l'organe. Mais, d'autre part, ce relâchement a l'inconvénient de permettre à l'œil de changer facilement de place sous la pression de l'instrument. Cette circonstance mérite toute attention dans certaines opérations, et il faut prendre des précautions pour empêcher cette déviation du globe de l'œil.

» Le chloroforme est indiqué dans les cas suivants :

» 1. Chez les personnes dont les yeux sont irritables, chez celles disposées aux congestions oculaires, et, en général, chez toutes les personnes nerveuses. Il y a des sujets atteints d'inflammation chronique des bords palpébraux, et surtout des glandes de Méibomius, dont les conjonctives s'injectent facilement, et sont très-impressionnables à l'action de la lumière, de l'air, et des excitations mécaniques. Dès qu'on touche à leurs paupières, ces sujets tendent à les fermer par une contraction spasmodique d'autant plus forte qu'ils sont plus irritables, et en même temps ils roidissent les muscles de l'œil au point que le globe se retire dans l'orbite et que la conjonctive se replie au devant de la cornée. Il faut donc une plus forte pression pour écarter et retenir les paupières, et la résistance du malade est d'autant plus énergique. Il arrive même que la paupière supérieure se retourne, si elle n'est pas maniée avec précaution. Les efforts exercés pour écarter les paupières augmentent l'irritation; celle-ci rend plus énergique la contraction spasmodique des muscles de l'œil, l'hémisphère postérieur du globe se trouve comprimé, l'afflux du sang vers l'organe est augmenté, et la disposition à l'inflammation l'est au même degré. En général, on peut compter que les accidents consécutifs et la réaction inflammatoire seront d'autant plus violents que l'on a eu plus de peine à écarter et à maintenir les paupières, et que le patient a fait plus d'efforts pour les rapprocher.

» Dans ces circonstances aussi, le corps vitré et l'iris sortent facilement lorsqu'on opère la cataracte par extraction; dans l'opération par réclinaison et par abaissement, il est fort difficile de tenir le cristallin éloigné, vu qu'il remonte constamment avant que l'on soit parvenu à le tenir d'une manière durable hors du champ de la pupille. L'anesthésie sur-

monte tous ces obstacles, et les effets fâcheux qu'elle peut amener ne peuvent être mis en balance avec ces avantages.

» II. Il faut l'employer chez tous les sujets aveugles-nés et chez ceux qui le sont devenus dans les premières années de la vie. Ces sujets ne sont pas maîtres des mouvements de leurs yeux, et les contournent parfois pendant l'opération de telle façon que l'on ne saurait se passer du secours de l'ophthalmostat.

» III. Le chloroforme doit être appliqué chez toutes les personnes atteintes de nystagme, soit idiopathique, soit symptomatique. Le premier existe surtout chez les personnes atteintes d'opacités centrales des milieux transparents de l'œil, par exemple de cataracte centrale ou de cicatrices centrales de la cornée, avec ou sans rétrécissement ou occlusion de la pupille. Ces personnes ne disposent pas plus que les précédentes des mouvements de leurs yeux, et le nystagme devient d'autant plus prononcé que les malades sont plus émus. Chez eux aussi on était obligé autrefois d'employer un ophthalmostat pour fixer le globe de l'œil et l'amener dans la position exigée par l'opération. Dès qu'il y a anesthésie, les yeux sont immobiles, et l'on peut exécuter l'opération aussi sûrement que sur le cadavre.

» IV. Le chloroforme doit être appliqué chez les enfants, les jeunes gens, et toutes les personnes qui ont une grande crainte de l'opération, quelle qu'en soit la cause. Ainsi, M. Jüngken raconte qu'il lui fut impossible d'opérer un jeune baron de vingt-deux ans, que l'imminence de l'opération rendait comme fou, et que deux dames très-distinguées par leurs talents n'auraient jamais pu la subir sans le chloroforme. L'une de celles-ci lui dit en se réveillant : Vous voyez, il n'y a rien à faire, je suis trop nerveuse, n'en parlons plus; et lorsqu'on lui dit que tout était fini, et qu'on lui laissa ouvrir les yeux, elle s'écria que c'était aussi merveilleux qu'un conte des Mille et une Nuits.

» Tous ceux qui ont pratiqué des opérations sur les yeux savent combien elles sont pénibles dans l'enfance et dans la jeunesse, même lorsqu'il s'agit seulement, par exemple, de l'extraction d'un corps étranger. Quant à la cataracte ou à la pupille artificielle, impossible de les pratiquer avant un certain âge, de quatorze à dix-huit ans. Et cependant, quel avantage ne serait-ce pas de pouvoir rétablir la vision plus tôt! Le chloroforme permet d'effectuer ces opérations à tout âge, et M. Jüngken a pu par son application opérer un grand nombre d'enfants. Il se souvient entre autres d'un petit garçon de dix ans, atteint de cataracte capsulo-lenticulaire double, de photophobie et d'irritabilité oculaire poussées au point qu'il fut difficile de constater l'état des yeux. Il avait lui-même le plus grand désir d'être guéri, mais ne voulait se soumettre à aucune opération. A l'aide du chloroforme, celle-ci est devenue possible, la photophobie a

disparu à sa suite, et elle a exercé sur le corps et l'esprit de cet enfant la plus heureuse influence.

» V. Le chloroforme est indiqué dans l'extraction des corps étrangers, lorsqu'ils sont fortement fixés, ou lorsque les yeux sont très-irritables. Cela arrive souvent, ces individus ne s'adressant la plupart du temps au chirurgien que tardivement, et après des essais infructueux tentés par des mains inhabiles. L'extraction de ces corps est alors surtout pénible s'ils reposent sur la face interne de la paupière supérieure, ou dans le repli palpébral; l'anesthésie la rend facile.

» VI. Le chloroforme est indiqué dans toutes les opérations longues et douloureuses : extirpation de tumeurs, opération de l'entropion, opération de la fistule lacrymale avec dilatation du sac lacrymal ou du canal nasal oblitérés par des productions sarcomateuses, extirpation du staphylôme cornéal et du globe de l'œil.

» VII. Dans la pupille artificielle, l'emploi du chloroforme offre de nombreux avantages. Il est indispensable lorsqu'il y a un nystagme intense, ou bien lorsque le malade n'est pas assez maître des mouvements du globe oculaire pour lui donner la direction nécessaire. Toujours il est avantageux, qu'on opère par décollement de l'iris, ou, ce qui est bien préférable, par iridectomie, car dans ce dernier cas surtout, il arrive souvent qu'au moment où l'on saisit l'iris avec la pince pour l'attirer hors de l'incision cornéale, un mouvement brusque a lieu en sens opposé, par lequel la pince lâche prise. Cela n'a pas lieu sous l'influence du chloroforme. — D'autre part, il est vrai, il n'est pas aussi facile dans cet état de donner à l'incision cornéale l'étendue convenable, parce que la paralysie des muscles rend l'œil très-mobile, et qu'il suit ainsi le mouvement du couteau lorsqu'on retire celui-ci en cherchant à élargir la plaie. Cependant il faut justement ici que l'incision soit large, parce que dans l'état d'anesthésie l'iris ne se présente pas de lui-même, n'étant pas poussé en avant par la contraction des muscles de l'œil. — Pour éviter cet inconvénient, il suffit d'appuyer le doigt avec force du côté opposé à celui vers lequel on dirige le couteau.

» L'incision étant assez large, il suffit d'une légère pression avec la pince fermée sur l'un des côtés de cette incision, aidée s'il est nécessaire de la pression du doigt sur le globe, pour faire saillir l'iris. On attire alors celui-ci avec la pince et on l'excise. — Par ce procédé, M. Jüngken a parfaitement réussi chez un grand nombre de sujets de dix à dix-huit ans, devenus aveugles par suite de l'ophthalmie des nouveau-nés et atteints de nystagme à un haut degré.

» Même lorsque la plaie est très-étendue, l'iris ne fait pas saillie de lui-même sous l'influence du chloroforme; ceci confirme l'opinion émise depuis longtemps par M. Jüngken, qu'il ne fait pas saillie de lui-même,

par son propre poids, mais parce qu'il est poussé au dehors par la contraction des muscles.

» VIII. Dans les opérations de cataracte, le chloroforme est indispensable seulement lorsque les conditions indiquées précédemment existent; dans la plupart des cas l'opération est possible sans lui. Cependant, l'expérience a appris que, même dans les cas ordinaires, l'emploi du chloroforme est très-utile; M. Jüngken en a opéré un grand nombre à l'aide de cet agent, sans jamais s'apercevoir d'aucun inconvénient.

» Le chloroforme tend à appeler le sang vers la tête et les yeux; mais cet état congestif ne peut être comparé à celui que provoquent les efforts exercés sur les paupières et l'irritation produite sur le globe de l'œil par l'opération.

» D'autre part, l'éthérisation permet beaucoup plus facilement d'abaisser et de maintenir le cristallin, les muscles de l'œil ne comprimant plus le globe, et le corps vitré n'opposant plus ainsi aucune résistance.

» On dira peut-être que l'emploi du chloroforme peut amener des vomissements qui auront pour résultat de faire remonter le cristallin. Mais les vomissements peuvent être évités, et d'ailleurs ils provoquent bien moins facilement l'ascension du cristallin que dans toute autre circonstance, les muscles restant encore un certain temps relâchés. Dans les opérations sans chloroforme, le vomissement n'est pas rare chez les personnes nerveuses et irritables, et la réascension du cristallin arrive alors beaucoup plus facilement. — D'ailleurs, cet accident n'a pas une grande importance lorsque l'on a eu la précaution de dilacérer convenablement la face antérieure de la capsule.

» Le professeur de Berlin n'était pas tout à fait sans crainte lorsqu'il fit la première opération de cataracte par extraction à l'aide du chloroforme. En effet, le patient à son réveil n'ouvrirait-il pas les yeux, n'y aurait-il pas écartement du limbeau cornéal et prolapsus de l'iris? Ou bien des mouvements défavorables n'auraient-ils pas lieu dans la tête ou le corps? — Il craignait ensuite le prolapsus de l'iris ou du corps vitré par les vomissements, et la perte de l'œil. — Mais c'est justement cette opération qui montre avec le plus d'évidence les grands avantages du relâchement complet de tous les muscles de l'œil, car cet accident n'arrive ni pendant, ni après. L'œil est trop peu tendu pour que cela soit possible, il l'est même tellement peu que l'incision cornéale en devient un peu plus difficile à pratiquer.

» Sous l'influence du chloroforme, le couteau pousse l'œil vers l'angle interne, et l'on a de la peine à faire sortir sa pointe par l'endroit voulu, après lui avoir fait traverser la chambre antérieure. Dans l'opération par abaissement, l'aiguille pousse également l'œil vers son angle interne, au moment de pénétrer dans la sclérotique. Cet inconvénient est facilement

évité en appuyant le doigt médius de la main qui abaisse la paupière inférieure, contre la partie interne du globe de l'œil.

» Généralement, lorsque le malade sort de l'état anesthésique, il n'ouvre pas les yeux, parce que le relâchement musculaire continue encore assez longtemps, et il dort tranquillement pendant un certain temps. — D'ailleurs, ne peut-on pas après l'opération réunir les paupières au moyen d'une bandelette de taffetas d'Angleterre?

» La cicatrisation de la plaie cornéale s'opère normalement. M. Jüngken conseille fortement de toujours recourir au chloroforme dans les cas où la capsule est dure, solide ou adhérente à l'iris; c'est dans ces cas le seul moyen d'opérer sans risquer d'entraîner au dehors l'iris et le corps vitré.

» Dans le broiement de la cataracte, l'anesthésie est très-utile en rendant l'œil immobile pendant qu'on dilacère la capsule; elle empêche également la pupille dilatée de se contracter pendant l'opération. On voit mieux le champ de l'opération, et il est plus facile de repousser des fragments de la cataracte dans la chambre antérieure ou dans le corps vitré. Les manœuvres avec l'aiguille provoquent aussi moins d'irritation. »

Traité de l'Amaurose ou de la goutte-sereine; par Ch. Deval. Un vol. in-8° de IV-441 pp. Paris, 1851.

La pathologie du système nerveux dans ses applications pratiques est pleine de vague et d'incertitude. Si quelques-unes de ses souffrances s'apaisent sous l'influence de certains agents, et cela avec d'autant plus de facilité que nous comprenons moins leur action, on en voit un plus grand nombre résister avec opiniâtreté. C'est dans bien des cas parce qu'on ne cherche pas des indications dans une étude patiente et approfondie des causes qui ont présidé au développement de la maladie. Telle est en particulier l'amaurose, si différente d'elle-même, suivant les cas, au point de vue de ses caractères essentiels, de son point de départ, et surtout de ses variétés étiologiques. Il faut, dit M. Mackenzie, considérer à loisir et sous toutes ses faces chaque cas individuel et en faire en réalité un objet d'étude : ceux-là ne feront jamais de progrès réels, qui se contentent de quelques distinctions artificielles et n'ont pas le courage de suivre la nature avec toute la persévérance qu'exige un pareil sujet.

C'est dans cet esprit d'investigation et de recherches qu'est écrit l'ouvrage que nous annonçoos. M. Ch. Deval s'est proposé de montrer qu'en s'imposant surtout la tâche indiquée par le célèbre oculiste de

Glasgow, la goutte-sereine est beaucoup plus souvent qu'on ne le pense dans les limites des ressources de l'art.

L'auteur passe en revue dans une longue suite d'articles les phénomènes symptomatologiques de la maladie et les nuances si variées qu'ils présentent. Rappelant ensuite combien est grande et funeste l'erreur de ceux qui regardent l'amaurose comme une paralysie dont les stimulants seuls peuvent triompher, il insiste sur ses caractères différents suivant qu'elle est sthénique ou asthénique. Le chapitre qui traite du siége de l'amaurose offre beaucoup d'intérêt. M. Ch. Deval admet en grande partie les éléments de la classification proposée par M. Sichel. D'après l'altération dont elle dépend, il divise l'amaurose en rétinienne, en amaurose du nerf optique, en cérébrale, en spinale ou rachialgique, en ganglionaire ou abdominale, en trifaciale et en amaurose ophthalmique. Chacune de ces espèces est l'objet d'un examen spécial. Mais ces distinctions, qu'il n'est d'ailleurs pas toujours facile d'établir près du malade, seraient bien insuffisantes encore si la recherche des causes ne venait fournir au médecin de nouvelles lumières. Fidèle à son programme, M. Ch. Deval s'en est occupé avec un soin tout particulier. C'est la partie la plus étendue de l'ouvrage. Enfin, après quelques pages consacrées au diagnostic différentiel, vient le chapitre du traitement qui est en quelque sorte le corollaire de tout ce qui a précédé. Notons seulement que dans le traitement des amauroses torpides, l'auteur vante beaucoup l'électricité galvanique, appliquée selon un procédé qui lui est propre, et qu'il associe souvent à l'introduction de topiques entre les paupières.

M. Ch. Deval, déjà connu très-avantageusement par divers travaux ophthalmologiques, et particulièrement par un *Traité de chirurgie oculaire,* dont nous avons rendu compte dans ces *Annales* (tome XIII, p. 45), a rassemblé dans ce nouvel ouvrage une foule de faits pratiques, d'aperçus intéressants et de détails qui se refusent à l'analyse. C'est une monographie complète de l'amaurose qui sera consultée avec fruit par tous ceux qui s'occupent d'ophthalmologie.

GOUZÉE.

Des Aveugles. — Considérations sur leur état physique, moral et intellectuel, avec un Exposé complet des moyens propres à améliorer leur sort à l'aide de l'instruction et du travail; par P.-A. DUFAU, directeur de l'Institution nationale des Aveugles de Paris. — Ouvrage couronné par l'Académie française. — Seconde

édition, revue, augmentée, et accompagnée de planches en relief, sommaire des chapitres, et liste des noms des aveugles cités. — Paris, 1850, in-8°, chez Jules Renouard et compagnie.

Ce travail est le fruit d'une longue et patiente élaboration. La vie de l'auteur a été consacrée en grande partie à en réunir les matériaux. Quelques mots suffiront pour en préciser le but.

« Faire bien connaître cette condition anormale de l'*aveugle*, prouver son *droit* à devenir un objet de bienfaisance sociale, quand se joint à son infirmité, comme il arrive si fréquemment, l'indigence; montrer enfin comment le fardeau qui se trouve imposé de la sorte à la communauté peut être presque entièrement annulé par un système d'éducation spéciale et d'établissements bien entendus, voilà ce que l'auteur s'est proposé dans cet ouvrage. Le problème consistait à trouver les moyens de replacer dans la vie commune, de rendre utiles à eux-mêmes et aux autres et ainsi plus heureux, des infirmes longtemps voués à une existence misérable et dégradée, des êtres qui, suivant l'énergique expression du célèbre Haüy, *mouraient à la société*, au moment où ils recevaient l'existence dans son sein. »

La première édition a mérité à l'auteur les témoignages les plus honorables d'approbation non-seulement en France, mais partout où le livre a pénétré. La société de la morale chrétienne a jugé qu'il méritait de partager le prix offert au meilleur ouvrage sur l'*amélioration du sort des aveugles indigents en France;* l'Académie française lui a décerné le prix que, chaque année, selon le vœu d'un généreux fondateur, elle accorde aux productions les plus utiles à la morale, et M. Villemain, secrétaire perpétuel de l'Académie, dans un rapport lu en séance publique, savait ainsi caractériser en peu de mots les mérites qui distinguent l'ouvrage de M. Dufau :

« L'attention de l'Académie a dû se porter, cette année, sur un ouvrage récent, consacré à une classe de malheureux que la nature elle-même a faite au milieu de la société, et dont la charité ne peut qu'adoucir le sort, sans le changer jamais, les aveugles-nés. Attaché depuis vingt ans à l'instruction de quelques-uns d'entre eux, dans un établissement public, l'auteur de ce livre, M. Dufau, a étendu son intérêt sur tous. Il a calculé leur nombre en France, et l'insuffisance des asiles qui leur sont ouverts. Assidu témoin de leurs inclinations, de leurs études, de leurs progrès, il a décomposé le travail de leur intelligence; et, dans l'absence même de l'organe qui leur manque, il a vu briller d'une plus vive lumière l'action libre et intérieure de la pensée.

« La première partie de l'*Essai sur les Aveugles*, de M. Dufau, peut de-

venir une leçon de spiritualisme, d'autant plus persuasive qu'elle n'est pas cherchée, qu'elle est involontaire, et qu'elle sort de l'observation même. Bientôt à ces principes, qu'on peut tirer de son ouvrage, viennent se réunir en foule les expériences ingénieuses et les conseils d'utilité pratique. La véritable nouveauté de ce livre, c'est que l'auteur, en perfectionnant l'éducation spéciale des aveugles-nés, c'est-à-dire l'art de « substituer un sens à l'autre, veut en même temps leur donner, dans une proportion habile, l'éducation commune, de telle sorte que ces hommes soient rendus à la société en même temps qu'ils sont secourus par elle, et que, dans les sciences, dans les arts, les métiers, ils puissent devenir tous laborieux et utiles, comme quelques-uns ont été grands et sublimes. » Voilà ce que l'auteur expose tour à tour par des inductions ou des exemples. Ici, l'aveugle instruit est professeur habile; là, par la subtilité d'un toucher plus infatigable et plus délicat que la vue, il fabrique des ouvrages d'horlogerie. Ce sont des prodiges, dites-vous. Oui sans doute; mais, sur un nombre annuel de quarante mille aveugles-nés, qu'a supputé l'auteur, il y a placé pour les exceptions et les prodiges. Et il est beaucoup d'autres industries que tous pourraient apprendre, et qui leur permettraient plus tard de vivre dans la société qui seulement les aurait élevés (1). »

Si la première édition a recueilli des suffrages si élevés, nous devons espérer que l'édition nouvelle qui a reçu des perfectionnements et des additions considérables, et qui est d'ailleurs attendue depuis longtemps, ne sera pas moins recherchée.

Sans accorder trop de développements et des explications trop minutieuses à la partie relative aux méthodes d'instruction et aux travaux manuels, l'auteur n'a négligé aucun des renseignements qui peuvent guider dans la direction d'un établissement spécial ou d'une éducation particulière.

« Je croirais, dit-il, avoir manqué mon but si ce travail n'était devenu une sorte de *manuel complet* pour les familles qui ne peuvent consentir à se séparer de l'enfant aveugle dont la Providence les a affligés, et pour les maîtres qui ont à diriger son éducation. — Divers objets y sont éclairés par des développements, par des notes, par des appendices, par des planches qui rendront, je l'espère, accessibles à toutes les intelligences, les procédés véritablement utiles. Enfin, une table raisonnée des chapitres épargnera des recherches pénibles à quiconque voudra faire une étude approfondie des points si divers et si multipliés qui sont traités dans ce volume. »

(1) Villemain, *Rapport à l'Académie française.*

M. Dufau a placé en tête de son volume l'*Extrait du rapport lu par* M. Villemain, secrétaire perpétuel à l'Académie française. — Une *Introduction* sert ensuite d'exposition. L'ouvrage est divisé en trois parties, la première traite de l'*État physique, moral et intellectuel des aveugles.* — I. Constitution physique. — II. Caractère moral. — III. Facultés intellectuelles. — IV. Sensations et idées. — V. Le tact et l'ouïe. — VI. Cécité et mutisme. — La seconde a pour titre : *Système d'éducation intellectuelle, musicale et technologique des aveugles.* — I. Éducation physique. — II. Lecture. — III. Écriture. — IV. Lettres et sciences. — V. Musique. — VI. Travaux manuels. — La troisième est consacrée aux *établissements spéciaux des aveugles.* — M. Dufau y expose la statistique de la cécité, fait la revue des institutions et asiles consacrés aux aveugles, et pose ses conclusions.

Le livre est terminé par un *appendice* dont voici le sommaire :

A. Mémoire sur l'éducation d'une jeune fille sourde-muette, aveugle et sans odorat (lu à l'Académie des sciences morales et politiques). — B. Notice sur Valentin Haüy. — C. Note explicative pour l'intelligence et l'usage des planches en relief.

Chronique et variétés.

VALENCE (Espagne). — L'Institut médical de Valence vient de publier le programme des prix qu'il accordera en 1851. La seconde des questions posées est celle-ci :

« *De la cataracte. Causes qui la produisent, raison de sa fréquence. Investigations sur son traitement sans opération, et, dans le cas où celle-ci devient nécessaire, exposer la méthode générale adoptable pour les différentes espèces, faisant surtout ressortir les causes du résultat plus ou moins négatif de l'opération même la mieux faite.* »

Le prix consiste en une médaille d'or, sur un des côtés de laquelle sera gravé le sceau de l'Institut, et de l'autre, le nom du lauréat, qui recevra en outre le diplôme de membre titulaire. — Les mémoires pourront être écrits en espagnol, français, portugais, anglais ou italien ; ils devront être accompagnés d'un billet cacheté (faisant connaître le nom de l'auteur) sur lequel sera répétée la devise inscrite en tête du travail. — Les paquets doivent parvenir, *francs de port*, au secrétaire de l'Institut, M. le docteur CASIMIRO DOMINGO Y RONCAL, *calle de Navellos*, n° 2, à Valence, avant le 1er décembre 1851. — Le résultat du concours sera publié le 1er mars 1852.

LISBONNE. — La société des Sciences médicales de Lisbonne vient de faire connaître les questions qu'elle met au concours pour l'année 1851 ; la seconde question est ainsi conçue :

« *Décrire l'origine, les causes, les symptômes, la nature et le traitement le plus utile de l'ophthalmie qui règne dans l'armée portugaise depuis le mois de mai 1849.* »

Les réponses doivent être adressées au secrétaire de la société, le docteur JOAQUIM JOSÉ D'ALMÉIDA, *rua Augusta*, n° 185. — Le programme publié par le *Jornal* de la société (n° de janvier, p. 23) ne fait connaître ni la valeur du prix, ni la date fixée pour la rentrée des mémoires en réponse aux questions mises au concours.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE VINGT-CINQUIÈME VOLUME.

(PREMIER SEMESTRE 1851.)

A

Acétate neutre de plomb. Modification dans l'emploi de cette substance appliquée au traitement des granulations conjonctivales 89
— — De son emploi dans le traitement de diverses affections de la conjonctive 191
Amaurose de l'œil droit . . . 91
— (Altérations anatomiques dans l'). 98
— (Traité de l') ou goutte-sereine. (*Analyse*) 231
Amblyopie. Voyez *Phosphène.*
Asthénopie. 102
Autoplastie oblitérante de l'orbite à la suite de l'ablation du globe de l'œil et de ses annexes. . . 212
Aveugles (des). — Considérations sur leur état physique, moral et intellectuel, avec un exposé des moyens propres à améliorer leur sort à l'aide de l'instruction et du travail. (*Analyse.*) . 232

B

Blépharoplastie 212

C

Canal nasal. Sa structure et ses fonctions 201
Cataracte (de la) chez les ours. . 86
— (de la). 90-236
— Examen d'un œil opéré par extraction, quinze ans avant la mort du malade. 148
— *capsulaire secondaire* (Peut-on prévenir la formation d'une) dans l'opération par scléroticonyxie? 181
Chloroforme. Son emploi dans les opérations pratiquées sur l'œil. (*Analyse.*) 225
Cholestérine dans l'œil (Formation de la) 11
— — Iridodonesis. Synchysis 19
— (Dépôts de) dans l'œil 23
Clinique ophthalmologique de la faculté de Strasbourg. . . . 168
Conjonctive (Variété particulière d'inflammation de la) observée chez le cheval 54
— Voyez *Acétate neutre de plomb.*
Corps étranger ayant séjourné pendant deux ans dans l'orbite. 204
Cysticerque celluleux dans la chambre antérieure de l'œil. . 60

D

Dacryocystoplastie ou restauration anaplastique du sac lacrymal 213
Diplopie (de la) et de son traitement. 100

E

Ectropion consécutif à la brûlure. Nouvelle méthode pour sa cure. 121

F

Fistule lacrymale. Causes et traitement 100
— — Oblitération du sac comme moyen de guérison. 71-78
— — Traitement par la destruction du sac lacrymal au moyen du cautère actuel. . 208
— — Voyez *Dacryocystoplastie.*

G

Granulations fibrino-calcaires dans les interstices de la conjonctive enflammée, chez le cheval 54
— Voyez *Acétate neutre de plomb.*

H

Hydatide (Obs. sur un prétendu cas d') de la chambre antérieure observé par NEUMANN. . . . 60
Hyperchromatopsie (de l'). . . . 3

I

Instituts ophthalmiques provinciaux. Circulaire de M. le ministre de l'intérieur. . . . 168
— — du Brabant. Mouvement des malades du 1er avril 1850 au 31 mars 1851 168
— — — (Rapport adressé à M. le gouverneur du Brabant par la Commission administrative de l'Institut). . . 169
— — du Hainaut. Rapport pour l'année 1850 179
Iodure de potassium et amaurose. 120
Iridodonesis 19

K

Kératite vasculaire interstitielle. Traitement par la scarification des vaisseaux 83

L

Langenbeck et *Lutens*. Nécrologie. 168

M

Maladies oculaires observées dans la classe pauvre et ouvrière de la province d'Anvers. . . . 215

N

Névralgie oculaire épidémique (de l'existence réelle de la). . 185

O

Ophthalmie des scrofuleux. . . . 26
— du régiment des Grenadiers de la Reine, à Lisbonne. 41
— (Note sur l') qui a régné épidémiquement parmi les troupes de la garnison de Porto. 150
— *granuleuse* dite d'*Égypte*. (*Analyse.*) 105
— dite d'*Égypte* ou du catarrhe, de la blennorrhée et du trachoma considérés au point de vue des formes observées dans les armées. (*Analyse*) . . 153
— (Observations sur l') épidémique qui a régné dans les maisons de travail et les écoles des districts de Tipperary et d'Athlone, en Irlande. 111
— des nouveau-nés. Traitement 94
— — à l'hospice des Enfants-trouvés de Vienne. Statistique 95
— — à l'hospice des Enfants-trouvés de Saint-Pétersbourg, pendant l'année 1849. (*Analyse*). . . 111
Orbite. Corps étranger dans l'orbite. Sortie après deux années de séjour. Ophthalmite grave suivie de perte de l'organe. . 204
— Voyez *Autoplastie.*

P

Paralysie du nerf moteur oculaire externe 84
— soudaine du nerf oculo-moteur de l'œil gauche. Guérison 105
Phosphène dans ses rapports avec l'amblyopie. 126

Photophobie par irritation de la branche dentaire de la cinquième paire 92
— scrofuleuse. . . . 93
Ptérygion. Guérison par un nouveau procédé, dit par dérivation 207
Prix proposés sur des sujets d'oculistique. 236

S

Statistique de l'ophthalmie des nouveau-nés. 95
— des maladies observées pendant l'année 1848 dans le service ophthalmologique de l'hôpital général de Vienne . . 95
— des opérations pratiquées dans le même service. . 96
Scintillement de l'œil. Travaux publiés en Allemagne. . . . 11
Scintillatio pupillae. 22
Spinthéropie. Note rectificative de l'historique. 9
Synchysis. Voyez *Cholestérine, Scintillement, Spinthéropie.*

T

Tumeur de la paupière inférieure 91

V

Valvules des voies lacrymales. 201-203

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES NOMS DES AUTEURS.

A

A.-G 11

B

Bednarz 94
Béraud 203
Bertherand (E.-L.). 185
Binard 11
Blasius (E.) . . 11-19
Bouley (H.) . . . 54
Buys (P.) 191

C

Chassaignac . . . 212
Cooper (W.-W.). . 86
Cornaz (Edouard) . 3
Coutinho (Magalhaes) 41
Cunier (Fl.) . . . 215

D

De Lew 101
Desmarres. . .207-208
Deval (Ch.) . . . 231
Dufau (P.-A.). . . 232

F

Faye 101
Fischer (O.) . . . 23
Follin 148
Fransman. . . . 169
Fröbelius. . . . 111

G

Gerhard 181
Gibson. 91
Gihon 90
Gil y Rosas . . . 120
Gouzée. . . . 89-231
Guerreiro (A.-D.). . 41
Gulz 120-193
Günsburg. . . . 22

H

Haller. 95
Hasner . . .120-201
Hays (Isaac) . . 92-93
Hille 100

J

Jüngken. . . 120-225

L

Leão (J.-B.) . . 41-150
Lebert (H.). . . . 26
Langenbeck (Max.). 120
Langenbeck (C.J.M.) père. 168
Lutens. 168

M

Mackenzie (W.) . . 60
Magne. 78
Mestenhauser. . . 100
Meyr 120
Mirault 121

R

Rodrigues (Hubert). 84

S

Seidl 105
Serre (d'Uzès) . . 126
Sichel (J.). . . . 9
Simas (J.-J. de) . . 41
Smits (J.). . . . 201
Stellwagg. . . . 96
Stiévenart . . . 179
Stœber (V.) . . 71-168
Suykens (F.) . . . 169

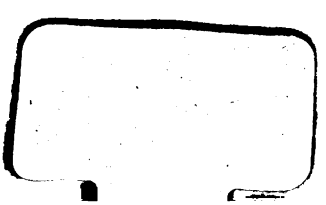
T

Tavignot 83
Türck 98

V

Verhaeghe . . . 204
Voss. 102

W

Wilde (W.-R.) . . 114

HB 829